



First Session  
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la  
trente-huitième législature, 2004-2005

## SENATE OF CANADA

---

## SÉNAT DU CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Social Affairs, Science and Technology

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

---

*Président :*

L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Wednesday, September 21, 2005

---

Le mercredi 21 septembre 2005

---

**Issue No. 28**

**Forthieth meeting on:**

Mental health and mental illness

---

**Fascicule n° 28**

**Quarantième réunion concernant :**

La santé mentale et la maladie mentale

---

**WITNESSES:**  
(See back cover)

**TÉMOINS :**  
(Voir endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE  
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE  
AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

\*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT  
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES  
ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président* : L'honorable Michael Kirby

*Vice-président* : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

\*Membres d'office

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, September 21, 2005  
(51)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:02 a.m., this day, in room 257 East Block, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Keon and Kirby (7).

*In attendance:* From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division and Barbara Everett, Consultant to the Committee.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

**WITNESSES:**

*Correctional Service Canada:*

Brian Grant, Director, Addictions Research Centre.

*Centre for Addictions Research of B.C., University of Victoria:*

Tim Stockwell, Director.

*Canadian Centre on Substance Abuse:*

Michel Perron, Chief Executive Officer;

Dr. John Weekes, Senior Research Analyst.

*Responsible Gambling Council, Toronto:*

Jon Kelly, Chief Executive Officer.

*Centre for Addiction and Mental Health:*

Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Programs.

*Addictions Ontario; Canadian Addiction Counsellors Certification Federation:*

Jeff Wilbee, Executive Director.

*Jean Tweed Centre:*

Nancy Bradley, Executive Director.

*Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs:*

David Kelly, Executive Director.

*Atlantic Association of Addiction Executives:*

Greg Purvis, Chair.

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 21 septembre 2005  
(51)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 2, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Keon et Kirby (7).

*Également présents :* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos et Tim Riordan, analystes, Division des affaires politiques et sociales, et Barbara Everett, consultante auprès du comité.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé au Canada, et plus particulièrement des questions relatives à la santé mentale et à la maladie mentale. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

**TEMOINS :**

*Service correctionnel Canada :*

Brian Grant, directeur, Centre de recherche en toxicomanie.

*Centre for Addictions Research of B.C., Université de Victoria :*

Tim Stockwell, directeur.

*Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies :*

Michel Perron, directeur général;

Dr John Weekes, analyste principal de recherche.

*Responsible Gambling Council, Toronto :*

Jon Kelly, chef de la direction.

*Centre de toxicomanie et de santé mentale :*

Wayne Skinner, directeur de clinique, Programme des troubles concourants.

*Addictions Ontario; Canadian Addiction Counsellors Certification Federation:*

Jeff Wilbee, directeur général.

*Centre Jean Tweed :*

Nancy Bradley, directrice général.

*Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs :*

David Kelly, directeur général.

*Atlantic Association of Addiction Executives :*

Greg Purvis, président.



*Royal Canadian Mounted Police:*

Staff Sergeant Michel Pelletier, Director, Drug Awareness Services.

In turn, the participants introduced themselves.

Dr. Tim Stockwell, Dr. Jon Kelly, David Kelly, Greg Purvis, Nancy Bradley, Jeff Wilbee, Wayne Skinner, Brian Grant, Michel Perron and Michel Pelletier each made a statement.

Together, all the witnesses participated in a roundtable discussion with the members of the committee.

At 10:50 a.m. the committee suspended its sitting.

At 11:05 a.m. the committee resumed its sitting.

The roundtable discussion continued.

At 12:16 p.m., the committee suspended its sitting.

At 12:58 p.m. the committee resumed its sitting.

The roundtable discussion continued.

At 3:11 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

*ATTEST:*

*Gendarmerie royale du Canada :*

Sergent-chef Michel Pelletier, directeur, Service de la sensibilisation aux drogues.

Les participants se présentent, chacun leur tour.

Les Drs Tim Stockwell et Jon Kelly, ainsi que David Kelly, Greg Purvis, Nancy Bradley, Jeff Wilbee, Wayne Skinner, Brian Grant, Michel Perron et Michel Pelletier font chacun une déclaration.

Ensemble, tous les témoins participent à une table ronde avec les membres du comité.

À 10 h 50, le comité suspend ses travaux.

À 11 h 5, le comité reprend ses travaux.

La table ronde se poursuit.

À 12 h 16, la séance est suspendue.

À 12 h 58, la séance reprend.

La table ronde se poursuit.

À 15 h 11, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière du comité,*

Josée Thérien

*Clerk of the Committee*



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, September 21, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9:02 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

**The Chairman:** Welcome. I thank our out-of-town guests for taking the time to appear before the committee today to give us their input on the issue of whether mental health and addictions services should be integrated, and if so, how that can be accomplished. A number of provinces are doing that, and we need to understand the views of people in the field on that question.

The format this morning will be the usual round-table presentations followed by discussion. I would ask each of the witnesses sequentially around the table to give the committee a summary of what they would like to see in the committee's report of recommendations in the area of addictions. The committee has found these round tables to be incredibly instructive, having held several of them — one on children's mental health and another on seniors' mental health. All of us were emotionally drained yesterday after the meeting on Aboriginal mental health, where we heard the data on the reality of everyday occurrences in that area. We picked up some information on addictions at earlier meetings, but we needed a more concentrated day on the issue, and that is why we are here today.

Many people have asked me how large our staff is, given the output of the work we did on the hospital-doctor-acute care system. The research staff is pretty well what you see here — the senators, plus two full-time people, Tim Riordan and Howard Chodos — in addition to a handful of others we conscripted to assist us. Relative to any royal commission, the numbers are few. At times, people express the view that we must have a large research group behind the committee, but unfortunately, when we look behind us, there is no one else.

Dr. Stockwell, please proceed. I would ask that you take five to ten minutes to present your recommendations for the committee's final report.

**Mr. Tim Stockwell, Director, Centre for Addictions Research of B.C., University of Victoria:** Thank you for the opportunity to be here. From an outsider's perspective, some of my comments will seem to come from left field. I spent most of my career in the addictions field in the U.K., and, for the last 16 years, in Australia. I have been in Canada for one year, at the new centre in Victoria. I have worked as a clinician and researcher and have also been on national policy committees. Please forgive me — I hope I do not offend anyone.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 21 septembre 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 2 pour étudier les questions de santé mentale et de maladie mentale.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Je remercie nos invités de l'extérieur d'avoir pris le temps de comparaître devant le comité aujourd'hui pour nous dire si, à leur avis, il conviendrait d'intégrer les services qui s'occupent de santé mentale et ceux qui s'occupent de toxicomanie et, dans l'affirmative, pour nous indiquer comment il faudrait procéder. C'est ce qui se fait dans plusieurs provinces et le point de vue des gens de terrain sur la question nous sera très utile.

Nous procéderons ce matin selon la formule habituelle des exposés suivie par une discussion. Je voudrais demander à chacun des témoins ici présents de présenter au comité un résumé de ce qu'ils ou elles souhaiteraient voir figurer dans les recommandations du rapport du comité en matière de toxicomanie. Le comité a constaté que ces tables rondes sont très instructives, après en avoir tenu plusieurs, notamment sur la santé mentale des enfants et des personnes âgées. Nous étions tous très bouleversés hier, après la séance sur la santé mentale des Autochtones, où nous avons recueilli des données sur la réalité quotidienne dans ce domaine. Nous avons déjà recueilli de l'information sur la toxicomanie au cours des séances antérieures, mais il nous fallait une journée plus spécifiquement consacrée à cette question, et c'est pourquoi nous sommes ici aujourd'hui.

Les gens m'interrogent souvent sur les effectifs dont dispose le comité, compte tenu de ce que nous avons produit sur les hôpitaux, les médecins et les soins intensifs. Notre personnel de recherche est celui que vous voyez ici, à savoir les sénateurs et deux employés à plein temps, Tim Riordan et Howard Chodos, ainsi que quelques autres collaborateurs recrutés spécialement. Par rapport à une commission royale, ce sont des effectifs modestes. On se figure parfois que le comité est appuyé par un vaste service de recherche, mais malheureusement, si vous regardez derrière nous, vous ne verrez personne d'autre.

Monsieur Stockwell, nous vous écoutons. Je vous invite à prendre cinq à dix minutes pour nous présenter les recommandations qui devraient figurer dans le rapport du comité.

**M. Tim Stockwell, directeur, Centre for Addictions Research of B.C., Université de Victoria :** Je vous remercie de m'accueillir ici. Comme je viens de l'extérieur, certains de mes commentaires pourront paraître étranges. J'ai passé l'essentiel de ma carrière en recherche sur les toxicomanies au Royaume-Uni et, au cours des 16 dernières années, en Australie. Je suis au Canada depuis un an, au nouveau centre de Victoria. J'ai travaillé comme clinicien, comme chercheur et comme membre de comités sur les politiques nationales. Je vous prie de me pardonner — j'espère que je n'offenserais personne.



**The Chairman:** Trust me; the members of this committee, as we have proven in our previous report, are quite prepared to offend many people. Our strategy is to tell it like it is, and being loved is not high on our priority list.

**Mr. Stockwell:** I hope I do not test that principle too far.

I have a few general comments and some specific suggestions. I read your report, and what struck me — and it is indicative of what happens when addiction gets absorbed into mental health — is that there is little specific comment on addiction issues. It gets lost there. That typifies what I think happens, that addiction falls down the agenda. Through the lens of mental health, it is seen as just 5 per cent of the diagnostic categories. It is written off, seen through different lenses, and the specialist's knowledge in that area gets devalued and lost. That plays out in many ways. That has happened in some provinces in Canada. From my observations, there have been some problems with trying to integrate mental health and addiction.

In my experience in the U.K. and Australia, there have been statutory authorities in place in each jurisdiction and state with a particular mandate to be responsible for addiction services, prevention and public awareness. They have made great efforts to collaborate with mental health services for that important group where there is co-morbidity. That has always been an issue and has to be dealt with. That is my first comment.

For example, the report does not mention harm reduction, which is a major issue in the addiction and drug field. Under "research," it does not mention the Canadian Addiction Survey. The Canadian Health Survey is excellent, but for the first time in 10 years there was a major national addiction survey in the field last year. That deserves some mention.

I am a little skeptical about full integration. The report needs a more realistic perspective. One of the backdrops for the entire issue around substance use and related problems is that only a tiny proportion of people have been in contact with treatment services at any one time. It is the tip of the iceberg. Most people with alcohol problems, particularly, will get better without any contact with treatment services.

That is not to say that is ideal. The services we have are greatly underfunded; we need more of them. However, the bigger picture is it is a massive problem pervading society, and it plays out not just in mental health. It plays out in general health, in the criminal justice system, in the workplace — which is covered a little — and in the education system. By locating it in mental health, we are thinking of DSM disorders and criteria and not looking at the broader social dimensions of alcohol

**Le président :** Croyez-moi, les membres de notre comité n'hésitent jamais, comme on l'a prouvé dans notre précédent rapport, à offenser bien du monde. Notre stratégie consiste à dire les choses telles qu'elles sont, et notre cote de popularité ne fait guère partie de nos priorités.

**M. Stockwell :** J'espère ne pas la faire baisser.

J'ai quelques commentaires d'ordre général et des propositions spécifiques à vous faire. Ce qui me frappe, à la lecture de votre rapport — et c'est sans doute significatif de l'effet de l'incorporation de la toxicomanie dans la santé mentale — c'est que vous faites peu de commentaires spécifiques sur les questions de toxicomanies. Elles s'y trouvent un peu perdues. Et c'est bien ce que je constate : les toxicomanies ne figurent plus au programme. Vues à travers la lorgnette de la santé mentale, elles ne forment que 5 p. 100 des catégories de diagnostic. Elles se font grignoter par les différentes perspectives, et les connaissances des spécialistes dans ce domaine s'en trouvent dévaluées et finissent par disparaître. C'est ce que l'on constate de diverses façons. C'est ce qui s'est produit dans certaines provinces canadiennes. D'après mes observations, on a fait apparaître certains problèmes en essayant d'intégrer la santé mentale et les toxicomanies.

D'après mon expérience au Royaume-Uni et en Australie, chaque État disposait d'une autorité dotée d'un mandat spécifique et responsable des services de prévention et de sensibilisation en matière de toxicomanies. Ces autorités se sont efforcées de collaborer avec les services de santé mentale dans l'intérêt du groupe important de population où la comorbidité est présente. Cela a toujours été un problème qu'il fallait régler. Voilà pour mon premier commentaire.

Par exemple, le rapport ne mentionne pas la réduction des méfaits, qui constitue un facteur important en matière de toxicomanie. Au chapitre de la recherche, il ne signale pas l'enquête canadienne sur les toxicomanies. L'enquête canadienne sur la santé est excellente, mais pour la première fois en dix ans, il y a eu l'année dernière une grande enquête nationale sur les toxicomanies. Elle aurait mérité d'être mentionnée.

Je suis un peu sceptique à l'égard d'une pleine intégration. Le rapport devrait adopter une perspective plus réaliste. En toile de fond dans l'étude des problèmes de toxicomanie, on constate que seulement un petit nombre des toxicomanes ont déjà été en contact avec les services de traitement. On ne voit que la pointe de l'iceberg. En particulier, la plupart des personnes confrontées à un problème d'alcool réussissent à le surmonter sans l'aide d'un service de traitement.

Cela ne veut pas dire que la situation soit idéale. Les services dont nous disposons sont fortement sous-financés; il en faudrait davantage. Néanmoins, une vue d'ensemble montre que c'est là un problème colossal qui envahit toute la société, et qui n'intervient pas uniquement en santé mentale. Il a une incidence sur la santé de façon générale, sur la justice pénale, sur le monde du travail — il en est un peu question dans le rapport — et sur le milieu éducatif. En le situant dans le domaine de la santé mentale,



and drug use in society. There are so many other policies required to limit the overall extent of the problems and their impact across society.

The focus is on the treatment system, so I have a few suggestions about that. There will never be a Utopian system where everyone's needs are catered to and it is seamlessly transferred. There are times and places where particular problems need to be addressed expertly and different parts of the system need to be connected with each other; expertise must not be lost.

Full integration is fine, as long as it can retain the expertise and provide doors that people are comfortable with going through. My experience is that with alcohol and drug problems, people are nervous and feel stigmatized. Mental health is not necessarily the door they would want to go through; there needs to be a variety of access points that people feel comfortable using.

Full integration can allow that and maintain specialist skills, whether it is methadone maintenance, skills with group therapy, drug rehabilitation programs, training or brief interventions; that would be fine. There has to be a strong identity for addiction services. You need strong addiction services, strong mental health services and strong connections between them.

What has happened in B.C. with the absorption into mental health is that five health regions have taken responsibility for delivering services, each of which does not have much capacity. There is only one health region that has its act together on addiction services. They are not collecting records; they cannot monitor the standards of care and who is coming in and out. There is no consistent, coherent record-keeping system; it has been lost across five regions because it is such a small issue within mental health.

Minimum standards are required, just focusing on treatment services. We need to define the core services that people should have access to, given what I have said before about the size of the problem and how we will never respond to all of it. What are the basic measures that will work and make a contribution?

There should be certain national minimum standards, because there are some areas of the country that have no services, others that have fantastic services, and a lot of patchy arrangements in between. Minimum standards should require some community-based services as well as specialist residential and in-patient services and other services in between.

If we get an overreliance on either one, one extreme is you create expensive in-patient services. All the money goes into an in-patient unit and there are long waiting lists and half-empty beds. There seems to be a relationship there. They are also

on l'associe aux troubles mentaux et aux critères du DSM sans prendre en compte les dimensions sociales plus vastes de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans la société. Il faudrait multiplier les politiques pour limiter la portée générale des problèmes et leur impact dans l'ensemble de la société.

Vous mettez l'accent sur les services de traitement, et je voudrais faire quelques propositions à leur sujet. Il n'y aura jamais de formule utopiste universellement transférable et permettant de pourvoir aux besoins de chacun. Il arrive toujours un moment où des problèmes particuliers doivent être traités de façon spécialisée et les différents éléments du système doivent agir conjointement; il ne faut pas perdre l'expertise.

La pleine intégration est envisageable, dans la mesure où elle permet de préserver l'expertise et d'ouvrir les portes dont les patients peuvent s'accommoder. D'après mon expérience des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, ceux qui y sont confrontés sont nerveux et se sentent stigmatisés. La santé mentale n'est pas nécessairement une porte qu'ils souhaitent pousser; il faut plusieurs points d'accès auxquels les gens n'hésiteront pas à se présenter.

La pleine intégration permet cela et préserve les compétences spécialisées, qu'il s'agisse d'entretien à la méthadone, de thérapies de groupe, de désintoxication, de formation ou d'interventions à court terme; tout cela est très bien. Les services destinés aux toxicomanes ont besoin d'une forte identité. Il faut d'excellents services de désintoxication, d'excellents services de santé mentale, et d'excellentes liaisons entre les deux.

En Colombie-Britannique, après l'intégration dans la santé mentale, on se retrouve avec cinq districts de santé chargés d'assurer la prestation de services, mais dotés individuellement d'une capacité limitée. Il n'y a qu'un district de santé qui ait su s'y prendre pour constituer ces services de traitement des toxicomanies. Ailleurs, les dossiers ne sont pas centralisés; on ne peut pas contrôler le respect des normes de soin, pas plus que les entrées ni les sorties. Il n'y a pas de système uniforme et cohérent de tenue des dossiers; le traitement des toxicomanies se perd entre les cinq districts, car il ne constitue qu'un petit élément dans la santé mentale.

Il faut des normes minimales, ne serait-ce que pour les services de traitement. Il faut définir les services essentiels auxquels tout le monde devrait avoir accès, compte tenu de ce que j'ai dit précédemment quant à l'importance du problème et à l'impossibilité de le résoudre en totalité. Quelles sont les mesures essentielles qui peuvent apporter une contribution efficace?

Il faudrait des normes nationales minimales, car certaines régions du pays n'ont aucun service, alors que d'autres en ont d'excellents, et qu'il y a toute une série de solutions éparées entre les deux. Des normes minimales devraient exiger des services communautaires, des services hospitaliers et des cliniques, avec d'autres formes de services entre les uns et les autres.

Si on privilégie une formule par rapport aux autres, on risque, par exemple, de créer des services hospitaliers très coûteux, qui accapareront les ressources financières, entraînant la formation de longues listes d'attente, alors que la moitié des lits resteront vides.



inaccessible. People often do not bother to refer patients because they know what the waiting list is. People with addiction problems need prompt help.

Motivation to change is transitory. The opportunity needs to be taken. My experience is working with community-based teams where there is an open door and ready access. You can see people on the day they want to be seen and you can arrange home-based or community-based detox and links with other services within 24 hours, not seven weeks or several months. That kind of ready access is a basic minimum, that doorway where people feel comfortable passing through and they can be assessed expertly. The specialist expertise needs to be in that assessment process.

An example of how we need to invest in cost-effective solutions, given limited resources, is home-based detoxification. The services that have been set up are just as effective and cost much less. One example in the service I provided in the U.K. is that we had one community nurse supervising as many home-based detoxifications for problem drinkers as the general hospital, which had been the other major service provider in the area, did in one year. The problem with making it accessible is that you get more demand and you have to be prepared to weather that.

The minimum standard should be accessibility. It should be easy for people to access and you monitor the take-up of that to determine how much service is required. The monitoring systems are key. They should look at waiting lists, dropouts, client satisfaction, health and safety standards and whether clients are followed up. If you monitor those things and design your local services around them, you will get somewhere.

One thing we know works well is brief interventions in primary health care settings — the five-star treatment approach, prevention approach, getting to people in the early stages; for tobacco/alcohol problems particularly, the evidence is strong. It does not happen often and I think we need remuneration arrangements to encourage basic screening, brief intervention and follow-up that are required in primary health care. There is some reference to that in the report and I endorse that.

How do you pay for this? I am sure you have heard this before, but I would like to see in your report, if you would consider it, discussion of a special tax on alcohol and tobacco. If you had a five-cent tax on every drink Canadians had, it would raise about \$500 million in a year. One of the jurisdictions in Australia had a fund like that and it raised significant amounts of money. The evaluation that my institute did could demonstrate the saving of lives each year — road crashes and hospital admissions prevented. Raising the price is effective but people do not like it; however, people love raising the price

C'est ce que l'on constate. Les services hospitaliers sont inaccessibles. Souvent, les médecins ne se donnent pas la peine de référer des patients, car ils connaissent les listes d'attente. Pourtant, les toxicomanes ont besoin d'une aide immédiate.

La volonté de changement est fugace. Il faut saisir l'occasion immédiatement. J'ai l'expérience de la collaboration avec des équipes communautaires, où la porte est toujours ouverte et le service accessible. Le patient vient consulter le jour qui lui convient et on peut organiser une cure de désintoxication à domicile ou en milieu communautaire, ainsi que des contacts avec d'autres services dans un délai de 24 heures, et non pas de sept semaines ou de sept mois. Cette disponibilité constitue une exigence minimale; il faut une porte que le patient soit prêt à pousser, et où un personnel spécialisé pourra l'évaluer. Ce sont des experts qui doivent faire cette évaluation.

La désintoxication à domicile donne un bon exemple de la façon dont il faut investir quand on cherche des solutions rentables, compte tenu des ressources limitées. Ces services sont tout aussi efficaces et beaucoup moins coûteux. Ainsi, dans le service auquel j'ai collaboré au Royaume-Uni, une infirmière communautaire réalisait en un an autant de programmes de désintoxication à domicile pour alcooliques que l'hôpital général, qui constituait l'autre grand fournisseur de services de la région. La difficulté, quand des services à domicile deviennent accessibles, c'est que la demande augmente et qu'il faut être prêt à y faire face.

La norme minimale doit être l'accessibilité. L'accès doit être facile et on doit pouvoir surveiller l'augmentation de la demande pour déterminer l'importance des services nécessaires. La surveillance du système est essentielle. Il faut surveiller les listes d'attente, les abandons, la satisfaction des patients, les normes de santé et de sécurité et le suivi des patients. Si l'on prend en compte tous ces facteurs et qu'on organise les services locaux en conséquence, on obtient des résultats.

On connaît l'efficacité des interventions à court terme dans les établissements primaires de soins de santé — les formules de traitement cinq étoiles, la prévention, l'intervention précoce; en particulier pour les problèmes de tabagisme et d'alcoolisme, les preuves sont indéniables. Cette forme d'action est assez rare et je pense qu'il faudrait trouver des modalités de rémunération adéquates pour favoriser les mesures indispensables de dépistage, d'intervention à court terme et de suivi dans les services primaires de soins de santé. Il en est question dans le rapport, et j'y suis tout à fait favorable.

Comment va-t-on financer tout cela? Je suis sûr qu'on vous en a déjà parlé, mais j'aimerais que votre rapport évoque la possibilité d'une taxe spéciale sur l'alcool et le tabac, si vous êtes prêt à envisager cette formule. Une taxe de 5 cents sur chaque consommation vendue au Canada rapporterait environ 500 millions de dollars par an. Un des États australiens a constitué un fonds alimenté de cette façon, ce qui lui a rapporté d'importantes sommes d'argent. Mon institut a fait une évaluation qui indique le nombre de vies qu'on pourrait sauver chaque année grâce aux accidents de la route évités, et les



for a particular purpose. The voters were happy. They could see it was for a good cause. Half a billion a year would be useful; you could get some good services for that.

A left-field suggestion, just quickly, is to put thiamine in beer; thiamine fortification in beer and cheap wine prevents the Wernicke-Korsakoff syndrome, which is severe alcohol-related brain damage. If not, you put it in bread-making flour. Even the heaviest drinker will eat bread. Rates of Wernicke-Korsakoff syndrome have gone down significantly over the last 20 years in Australia.

You might consider how welfare payments are made. I noticed that in Vancouver, on the day each month when payments are made, people stay in expensive hotels and blow all their money in one day. This impacts how the drug scene operates as well. Perhaps weekly payments would be a more appropriate method.

**The Chairman:** That will certainly generate many questions, which is terrific.

**Mr. Jon Kelly, Chief Executive Officer, Responsible Gambling Council, Toronto:** The Responsible Gambling Council is an organization that undertakes research and runs public awareness programs focused on the prevention of problem gambling. I spent about 25 years in the public service in Ontario, mostly in public policy, and came to the Responsible Gambling Council about seven years ago via a number of places, including some time in drug and alcohol policy in Ontario.

I read through the materials you sent me and became a bit bewildered, although I saw some good ideas. We need well-trained people and structures that work, and in the end, given the issues to be dealt with in the sector, particularly on the addiction side, it is hard not to say that we need all of the measures that the report has identified. Of course, that is the problem. From my perspective, the social safety net needs each one of those little strands in order to function usefully. We cannot say that we do not need well-trained professionals or that we do not need coordination.

Having said that, I would like to speak to two issues only that I think are most important in moving forward on enhancing mental health and addiction services. One has to do with stigma. There was a remark in the report about the committee's understanding of the importance of dealing with stigma. To me, the issue is not just stigma. The issue is public acceptance and public support for doing something in this area. No matter what recommendations the committee makes, in the end it will be important to address the issue of public support, public understanding of mental health and addiction issues, public acceptance of governments taking action in this area.

économies réalisées grâce à la diminution des hospitalisations. Les augmentations de prix sont efficaces, mais elles ne plaisent pas à la population; en revanche, on les accepte volontiers lorsqu'elles sont faites dans un but particulier. En Australie, les électeurs ont montré leur satisfaction. Ils ont vu que les prix avaient augmenté pour une bonne cause. Un demi-milliard par an serait fort utile et permettrait de mettre en place de bons services.

Je vous propose brièvement une solution curieuse : il s'agit de mettre de la thiamine dans la bière. L'introduction de thiamine dans la bière et dans le vin ordinaire prévient le syndrome Wernicke-Korsakoff, à savoir de graves lésions cérébrales dues à l'alcool. À défaut, on pourrait mettre cette substance dans la farine. Même les alcooliques les plus gravement atteints mangent du pain. L'incidence du syndrome Wernicke-Korsakoff a fortement diminué en Australie depuis 20 ans.

On pourrait aussi considérer les modalités de versements des prestations de bien-être social. J'ai remarqué qu'à Vancouver, le jour où les chèques arrivent, les gens prennent des chambres d'hôtel à des prix exorbitants et flambent tout leur argent en un seul jour. Cela détermine également le mode de fonctionnement du monde de la drogue. Des chèques hebdomadaires seraient peut-être plus opportuns.

**Le président :** Voilà une proposition qui suscitera certainement bien des questions, et c'est parfait.

**M. Jon Kelly, directeur général, Responsible Gambling Council, Toronto :** Le Responsible Gambling Council est un organisme de recherche et de sensibilisation pour la prévention du jeu compulsive. J'ai passé environ 25 ans dans la fonction publique ontarienne, à m'occuper essentiellement de politiques publiques, et je suis arrivé au Responsible Gambling Council il y a environ 7 ans, après être passé par différents services, notamment celui des politiques ontariennes en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.

J'ai lu les documents que vous m'avez envoyés et cela m'a un peu dérouté, même si j'y ai trouvé de bonnes idées. Il nous faut des gens bien formés et des structures qui fonctionnent, et au bout du compte, étant donné les questions qu'il faut régler dans ce domaine, notamment celle de la toxicomanie, nous aurions tendance à dire que nous avons besoin de toutes les mesures énoncées dans le rapport. Évidemment, c'est le problème. Selon moi, chaque rang du filet de sécurité sociale est nécessaire pour être efficace. Nous ne pouvons pas dire que nous n'avons pas besoin de professionnels formés ou de coordination.

Cela dit, j'aimerais traiter de deux questions seulement, qui, selon moi, sont les plus importantes si l'on veut améliorer les services de santé mentale et de toxicomanie. L'une d'entre elles porte sur les stigmates. Dans le rapport, le comité reconnaît l'importance de s'attaquer aux stigmates. À mon avis, le problème ne s'arrête pas aux stigmates. Le vrai problème, c'est l'acceptation par le public et son soutien des initiatives dans ce domaine. Quelles que soient les recommandations que le comité fera, au bout du compte, il faudra obtenir le soutien du public et sa compréhension des questions de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que son acceptation des initiatives gouvernementales dans ce domaine.



I too am something of an outsider to the system. I have not spent time in the mental health system. I have spent time in the addiction field and in the gambling area, which is somewhat on the outside of that system as well. I see it as having been lost to the public eye for many years and there is a need to dig out of that loss of profile, that loss of interest, that loss of coverage, except for certain types of media coverage that tend to be a more sensationalized, almost advocacy approach in this field.

In order to move forward it will be important to address public support for any move, which probably means social marketing campaigns and other programs to build public awareness and support that is sustained over time. I am not talking about a one-time initiative.

The other part that I have struggled with over time is how to get attention for mental health and addiction issues when they are associated with ministries of health. This will be an uncontroversial point, unlike those of the previous speaker, but ministries of health are dominated by issues of doctors and hospitals. The package of contentious issues every day is about doctors and hospitals. It is mostly not about mental health, certainly not about addictions, and certainly not about gambling addiction. The struggle is how to move forward with renewal in a situation where the ministers of health and senior bureaucrats in the ministries of health are completely submerged in issues related to doctors and hospitals. That requires some form of extrication of health and addictions issues from the large ministries of health and their large agendas. To me, that structure in the provincial departments of health is as important as any of the structural issues that have been raised so far. I did not see it directly addressed in the material and I think it is a crucial element.

**David Kelly, Executive Director, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs:** I work with about 220 organizations across the province of Ontario. I have come forward with a few suggestions touching on some of the issues that have been raised. We first need to apply the broad determinants of health to the treatment of addictions. Treatment and supports will fail if people are worried about their housing. It is often the case that people go through the process but come out homeless, having been unable to afford to keep their apartment.

This also applies to income support programs, that is, getting primary care to people with addictions. We have to start looking at it in a more holistic way as opposed to the silo approach of simply treating an addiction and sending people out the door.

Another key factor is strong political leadership. People have already touched on this. We need strong political leadership to cross ministerial boundaries and jurisdictions. We need all the work that is being done in the criminal justice system to be done with people with addictions. Addictions are impacting the correctional system, youth, the education system, the ministries

Je suis moi aussi étranger à ce domaine. Je n'ai pas travaillé dans le système de santé mentale. J'ai travaillé dans le domaine de la toxicomanie et de la dépendance compulsive au jeu, ce qui ne fait pas non plus partie du système. Je pense que cela fait de nombreuses années que le public a perdu de vue ces problèmes et qu'il faut les déterrer pour remédier à cette perte d'intérêt, de couverture qui ont tendance à adopter une approche plus conversationnelle, presque partisane.

Pour progresser, il faudra obtenir le soutien du public pour chaque étape, ce qui exigera sans doute des campagnes de marketing social et d'autres programmes visant à sensibiliser le public et à obtenir son soutien de façon durable. Je ne parle pas d'une initiative ponctuelle.

L'autre chose qui m'a toujours préoccupé, c'est la façon de susciter de l'attention pour les questions de santé mentale et de toxicomanie, lorsqu'elles sont associées aux ministères de la santé provinciaux. Cet argument ne fera pas l'objet de controverse, contrairement à certains soulevés par les orateurs précédents, mais les ministères de la santé se préoccupent surtout des problèmes concernant les médecins et les hôpitaux. La majorité des questions litigieuses quotidiennes portent sur les médecins et les hôpitaux. De manière générale, il ne s'agit pas de santé mentale, ni de toxicomanie, et encore moins de dépendance compulsive au jeu. Comment faire du chemin et innover quand les ministères de la santé et les hauts fonctionnaires de ces ministères sont complètement submergés par des questions liées aux médecins et aux hôpitaux. Cela exige de retirer les questions de santé mentale et de toxicomanie des gros ministères de la santé et de leurs programmes chargés. Selon moi, la question de la structure des ministères de santé provinciaux est aussi importante que les autres questions structurelles qui ont été soulevées jusqu'ici. Je n'ai rien vu dans votre document qui permette de régler cette question, et je pense que c'est un élément crucial.

**M. David Kelly, directeur exécutif, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs :** Je travaille auprès de 220 organismes de la province de l'Ontario. J'ai quelques suggestions à faire sur certaines des questions qui ont été soulevées. Il faut d'abord appliquer au traitement des toxicomanies les grands déterminants de la santé. Le soutien et les traitements échoueront si les patients s'inquiètent de leur logement. C'est souvent le cas des personnes qui passent par le processus de soins de santé mentale, mais qui en sortent sans abri, car ils n'avaient pas les moyens de garder leur appartement.

Cela s'applique également aux programmes de soutien au revenu, c'est-à-dire qu'il faut fournir des soins primaires aux toxicomanes. Nous devons commencer à aborder ces questions de façon plus globale, par opposition à l'approche compartimentée qui consiste à traiter simplement les toxicomanes et les renvoyer chez eux.

Le leadership politique est un autre facteur clé. Nous en avons déjà parlé. Il nous faut un leadership politique fort pour franchir les frontières des ministères et des champs de compétences. Tout le travail qui est accompli dans le système de justice pénale, il faut l'accomplir dans le domaine de la toxicomanie. La toxicomanie a une incidence sur le système correctionnel, la jeunesse, le système



of health and community and social services and women's secretariats and chewing up their valuable resources. We need to start coordinating how we respond to and work with people with addictions who are caught in those various systems.

Someone mentioned stigma. I call it discrimination. The word "stigma" actually perpetuates the stigma or discrimination that occurs. We need to change how addiction is viewed in society. We have to stop the blame game and emphasize the positive outcomes of addiction supports. Significant financial arguments can be made about that. For example, \$1 invested in addiction services can have a \$6- to \$12-saving in societal costs. There is real benefit in supporting people through addiction treatment.

We can start with an economic argument, and we will see other benefits from that. One positive way of doing that is to support consumers and family groups within the addiction system. I am sure that everyone at this table has had a family member touched by an addiction or mental illness. We know the toll it takes on people, but they are among the most powerful advocates.

In Toronto there is a special group called the Dream Team that makes presentations. They have serious mental illnesses and they talk about the impact of housing on their lives. After listening to their stories and hearing where they are now, none of us in this room can dispute what they say. They are powerful voices that we need to tap for addiction services.

**The Chairman:** They presented to us in Toronto and that is exactly the impact they had. I subsequently visited with a couple of them.

**Mr. Kelly:** There are such voices in addictions and we need them to be heard. A good strategy would be to support those consumer and family groups across the country.

Multicultural Canada requires multicultural solutions. We have a cross-Canada settlement system. We need to build stronger links between settlement services and the addiction field as well as the mental health field. In that way we can start to impact more people as they come in. There is a host of addiction issues that are not being addressed anywhere within the system because they are hidden — the different impacts of different cultures and how they respond to addictions. We need the work and the support of those communities to address them. One solution would be settlement support and connecting those settlement services further with addiction providers.

I know this is not a popular thing to say, but the system needs to be funded. That is a given. We know that health care is a big maw; you can throw whatever you want into it. There has been no strategic placement of dollars to support addictions, even though the cost continues to rise and the impact on the economy is huge. We have not seen some concerted efforts to start addressing the addiction system for a long time.

d'éducation, les services des ministères de Santé, les services communautaires et sociaux, les groupes de femmes et elle absorbe leurs précieuses ressources. Il nous faut commencer à coordonner nos façons de répondre aux toxicomanes et de travailler avec eux qui sont coincées dans ces divers systèmes.

Quelqu'un a parlé de stigmates. J'appelle ça de la discrimination. Le mot « stigmaté » consiste à perpétuer la stigmatisation ou la discrimination. Il faut changer la façon dont la toxicomanie est perçue par la société. Il faut arrêter de condamner le jeu et mettre l'accent sur les résultats positifs de l'aide aux toxicomanes. Pour ce faire, on peut utiliser des arguments financiers significatifs. Par exemple, un dollar investi en services de toxicomanie permet d'éviter 6 à 12 \$ de coûts sociaux. Il y a un réel avantage à traiter les toxicomanes.

Nous pouvons commencer par avancer un argument économique et nous verrons les autres avantages qui en découleront. Une des façons positives de fonctionner est de venir en aide aux consommateurs et aux familles par le biais du système de toxicomanie. Je suis sûr que chacun d'entre nous ici a eu un membre de sa famille touché par une toxicomanie ou une maladie mentale. Nous savons à quel point c'est difficile pour les proches, mais ce sont nos meilleurs porte-parole.

À Toronto, il existe un groupe spécial appelé le Dream Team qui fait des exposés. Ces personnes sont atteintes de maladies mentales graves et parlent de l'incidence du logement sur leurs vies. Après avoir écouté leurs histoires et vu ce qu'ils sont devenus, aucun d'entre nous ne remettra en question leur parole. Leurs voix sont fortes et nous devons les utiliser pour promouvoir les services de toxicomanie.

**Le président :** Ils sont venus nous voir à Toronto et c'est exactement l'impression qu'ils ont laissée. Par la suite, j'ai rendu visite à deux d'entre eux.

**M. Kelly :** Il y a tellement de voix dans ce domaine, il faut qu'elles soient entendues. Aider ces consommateurs et ces familles partout au pays serait une bonne stratégie.

Un Canada multiculturel exige des solutions multiculturelles. Nous avons un système d'établissement pancanadien. Nous devons renforcer les liens entre les services d'établissement et le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale. De cette façon, nous pouvons aider plus de gens au fur et à mesure qu'ils arrivent. Il y a plusieurs problèmes de toxicomanie qui ne font pas partie du système, car ils sont cachés — comme les différentes incidences des différentes cultures et la façon dont celles-ci répondent aux toxicomanies. Pour résoudre ces problèmes, nous avons besoin du travail et du soutien de ces communautés. Créer des services de soutien à l'établissement et les lier aux services de toxicomanie serait une solution possible.

Je sais que ce n'est pas très populaire de dire cela, mais le système doit être financé. C'est évident. Nous savons que les soins de santé sont un puits sans fond, quelles que soient les sommes que vous y mettez. Il n'y a pas eu d'investissement stratégique en matière de toxicomanie, bien que les coûts continuent d'augmenter et que l'incidence de celle-ci sur l'économie soit énorme. Nous n'avons pas observé d'efforts concertés pour améliorer le système de toxicomanie depuis longtemps.

Lastly, there has been a significant degree of success in targeted programs. We must not forget that we need to fund holistically. It is great to be targeting specific groups, but you also need the organizations and providers and to give them the ability to respond to different needs coming through the door. Clients are complex and there are often hoops for providers to jump through to ensure that people get the help they need. Not only do we have to have targeted funding, but also we must fund in a holistic fashion so that organizations can respond and have the versatility to meet the next disaster.

How much work are we doing at present in the field of crystal meth, even though we know it is a wave? We have been tracking it across the country. The organizations do not have the flexibility or the responsiveness to start addressing that as a coming issue. Someone will show up at the door and we will try to piece together the services as best as possible. We need that flexibility. Looking at funding the entire service might help us to do that.

**Mr. Greg Purvis, Chair, Atlantic Association of Addiction Executives:** Honourable senators, I sent around a handout, our stakeholder letter, just to give a brief introduction to who we are. We are a new organization. We have been around for about a year and a half. We have gone through a couple of name changes since then. We were originally called the Atlantic directors group. We are primarily a group of directors within Atlantic Canada who are the government-funded providers of addiction services; their partners, the directors of addiction services from Newfoundland and Labrador, Prince Edward Island, New Brunswick, Nova Scotia; and their partners in Health Canada, CSC and CCSA.

I wish to thank the committee for the opportunity to speak here. It is quite an honour. I appreciate that you are giving Atlantic Canada a voice at this table. I would also like to applaud the committee for its work. As the chairman has said, this is probably not a committee where you receive many pats on the back. You have groups saying you need to do this and that, yet you keep putting out the reports and doing the work and that needs to be commended. Thank you for continuing to do it.

These reports are taken very seriously in the field. Your perspectives paper on concurrent disorders is frequently cited.

I wish to first address what would help the integration of mental health and addiction services, and how that could be done from a consumer point of view. The quadrant model has been mentioned before. The people who end up in the quadrant of severely addicted and severely mentally ill would benefit greatly from a systemic, integrated team. However, the fear of people within addictions is that if we fully integrate the entire system to service a small portion of consumers who need to be serviced better, and whom we want to service better,

Enfin, les programmes ciblés ont connu un succès significatif. Nous ne devons pas oublier qu'il faut un financement global. C'est bien de cibler des groupes précis, mais vous avez également besoin des organismes et des prestataires de services et il faut leur donner la possibilité de répondre aux différents besoins qui émergent. La clientèle est complexe et les prestataires doivent souvent se démener pour s'assurer que les gens reçoivent ce dont ils ont besoin. Non seulement avons-nous besoin de financement ciblé, mais il nous faut également financer de manière globale de sorte que les organismes puissent répondre à la demande et s'adapter à la prochaine catastrophe.

Qu'est-ce que nous faisons actuellement dans le domaine de la méthamphétamine en cristaux, même si nous savons que c'est une nouvelle tendance? Nous suivons le phénomène à travers le pays. Les organismes n'ont pas la souplesse ni la capacité de s'attaquer à ce nouveau problème. Si quelqu'un frappe à notre porte, nous allons essayer de rassembler au mieux les différents services. Il nous faut cette flexibilité. Financer l'intégralité du service pourrait nous aider en ce sens.

**M. Greg Purvis, président, Atlantic Association of Addiction Executives :** Honorables sénateurs, je vous ai envoyé un document, la lettre de nos intervenants, pour vous donner un bref aperçu de qui nous sommes. Nous sommes un nouvel organisme, nous existons depuis environ un an et demi. Nous avons changé de nom quelques fois depuis. Au départ, nous nous appelions le Atlantic directors group. Nous sommes avant tout un groupe de directeurs du Canada atlantique, financé par le gouvernement fédéral, qui fournit des services de toxicomanie, ainsi que leurs partenaires, les directeurs des services de toxicomanie de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et leurs partenaires au sein de Santé Canada, du SCC et du CCLAT.

Je souhaite remercier le comité de m'offrir la possibilité de prendre la parole. C'est tout un honneur. Je vous remercie de permettre au Canada atlantique de se faire entendre. J'aimerais également féliciter le comité pour son travail. Comme l'a dit le président, votre comité est sans doute rarement félicité. Certains groupes vous disent que vous devez faire telle chose et telle chose, et vous arrivez quand même à produire des rapports et à faire votre travail, il faut vous en féliciter. Merci de continuer à le faire.

Sur le terrain, nous prenons ces rapports très au sérieux. Nous citons très souvent votre document sur les troubles concurrents.

Je vais d'abord parler de ce qui pourrait faciliter l'intégration des services de santé mentale et de toxicomanie et de la façon dont cela peut être fait, du point de vue du consommateur. Nous avons déjà parlé du quadrant. Les personnes qui se retrouvent dans la partie qui correspond à la toxicomanie et à la maladie mentale graves bénéficieraient grandement d'une équipe systémique et intégrée. Cependant, les personnes qui travaillent dans ce domaine craignent que, si nous intégrons complètement le système pour servir un petit groupe de consommateurs qui ont



it would lead to a risk of a far larger system overshadowing the needs of a small system that requires expertise, champions and advocates to meet the needs of our larger consumer group.

It is great that you included the subject of addictions in your report and that you are meeting with us to broaden its content. However, as someone working in addictions, when I read the report, addictions is a small percentage. That is our fear of full system integration, that we become such a small part that we lose the ability to meet the needs of our larger consumer group.

That notwithstanding, we know that we need to capacity build. We know our people need to be able to deal with anxiety, depression, mood disorder, post-traumatic stress disorder because that is what many of our consumers are coming through the door with. Mental health, on the other end, needs to deal with assessment, referral and mild addiction. There needs to be a connection on a service level. That is different from integration at a systemic level.

As to what is the most pressing concern with targeted populations, I wish to add this to support the first point. In Nova Scotia, in 2002, we targeted groups that were underrepresented in our statistics: women and youth. We put together enhanced service teams. We put together protected resources in an envelope that could not go to the other budget. We hired people specifically for those and gave them a mandate to seek out best practices and deliver services where people needed them delivered. They went to the schools, the youth services and the women's shelters. Over the last two years, we had an increase of 25 per cent in consumers who were youth and over 30 per cent who were women.

Since we are able to dedicate those specialized teams to targeting those special populations, we are able to meet their needs. In a broader sense, addiction services, because it is specialized, targeted and resourced differently, is able to meet the needs of our consumers. In the same way, we are able to do that for women and youth. Full system integration and taking that focus off service provision within addictions puts us at risk.

Turning to the subject of major issues within the field, I will speak primarily from an Atlantic Canadian perspective. Although crystal meth is appearing across Canada, it is not within the Atlantic provinces. Our main issue is prescription opiates. The main complaint from our consumer group is about access to methadone maintenance therapy. We continue to address that. The other issue is access to acute detoxification beds when people need them. When they want to go in for the first time, and our wait list standard is within five days, five days may be too long. One of the ways to address that is with alternatives that can get

besoin d'être mieux servis et que nous voulons mieux servir, cela mène à un système beaucoup plus vaste qui nuit à un plus petit système qui exige de l'expertise, des champions et des défenseurs pour répondre aux besoins des groupes de consommateurs plus importants.

Nous nous réjouissons que votre rapport englobe la question des toxicomanies et que vous nous rencontriez pour en élargir la portée. Cependant, en tant que personne qui travaille dans le domaine, lorsque j'ai lu le rapport, il m'a semblé que la toxicomanie ne représentait qu'une petite partie de celui-ci. C'est ce qui nous fait peur quand on parle d'intégration de tout le système, soit de devenir une partie tellement infime de ce système que nous perdions notre capacité à satisfaire les besoins de notre groupe de consommateurs plus vaste.

Cela étant dit, nous savons qu'il nous faut renforcer nos capacités. Il faut que nos intervenants puissent gérer l'anxiété, la dépression, les troubles de l'humeur, le syndrome de stress posttraumatique, parce que c'est de cela que souffrent beaucoup des consommateurs qui frappent à notre porte. D'autre part, en santé mentale, il faut traiter de l'évaluation, de l'aiguillage et de la toxicomanie légère. Il faut établir des liens entre les services. Ce n'est pas la même chose qu'une intégration du système.

En ce qui concerne la préoccupation la plus urgente concernant les populations ciblées, j'aimerais ajouter ceci pour appuyer mon premier argument. En Nouvelle-Écosse, en 2002, nous avons ciblé des groupes qui étaient sous-représentés dans nos statistiques : les femmes et les jeunes. Nous avons mis sur pied des équipes améliorées. Nous avons rassemblé des ressources que nous avons réservées et qui ne seraient pas allouées à d'autres budgets. Nous avons embauché des intervenants pour ces groupes précis et leur avons donné le mandat d'établir des pratiques exemplaires et de fournir des services là où ils étaient nécessaires. Ils sont allés dans les écoles, les services aux jeunes et les maisons de refuge pour femmes battues. Ces deux dernières années, nous avons augmenté de 25 p. 100 notre clientèle de jeunes et de 30 p. 100 notre clientèle de femmes.

Depuis que nous pouvons consacrer ces équipes spécialisées à la prestation de services aux populations ciblées, nous arrivons à répondre à leurs besoins. De manière générale, les services de toxicomanie, parce qu'ils sont spécialisés, ciblés et financés différemment, peuvent répondre aux besoins de nos consommateurs. Nous pouvons appliquer les mêmes méthodes pour les femmes et les jeunes. Intégrer entièrement le système et éliminer cette orientation dans la prestation des services, dans le domaine de la toxicomanie, nous met en danger.

Au sujet des questions les plus importantes sur le terrain, je parlerai surtout du point de vue du Canada atlantique. Bien que le problème de la méthamphétanine fasse son apparition à travers le Canada, ce n'est pas le cas dans les provinces atlantiques. Notre principale préoccupation, ce sont les médicaments opiacés sur ordonnance. Ce dont se plaignent surtout nos consommateurs, c'est du problème de l'accès au traitement à la méthadone. Nous continuons à y travailler. L'autre problème, c'est l'accès à des lits en désintoxication aiguë pour ceux qui en ont besoin. Lorsque ces personnes veulent aller en désintoxication pour la première fois,



people in much quicker, such as day detoxification or home detoxification. Unfortunately, it is not well known among the population in general. Our market analysis within Nova Scotia shows that most people identify addiction services detoxification as the detox centre. In fact the broad service continuum that we offer includes early intervention, prevention, community education, community-based services and day detoxification, and detoxification is a small portion of it. We need to market that to our consumer group because they are not sufficiently aware of the services that we offer to access them. That is a huge barrier.

You also asked about the use of peer professionals. Historically, addiction services had a model of treatment that was very similar to that found in the self-help community. We hired many peer professionals to help clients navigate the system and act as a link back to the self-help community. We are moving more towards best practices in Atlantic Canada. Right now we are using community reinforcement or motivational enhancement therapy. They are both cognitive-behavioural based. A higher proportion of professionally trained, master's level clinicians, social workers and psychologists, are delivering that. We still have peer professionals, and I do not think anyone can provide a sense of hope for change for a consumer group better than people who have gone through the system themselves. I do not think anyone can navigate or advocate better. There will always be a place for that, but the ratio is changing because of the type of service we are delivering. As we are now more attached to health care, with the onus of ensuring and ethically providing best practices, and when we look at research that indicates that we can double our treatment efficacy with a clinically driven treatment protocol, it is hard not to go in that direction.

The last issue was funding of self-help groups. In the main, self-help groups within addictions, such as AA, NA, et cetera, cannot traditionally accept outside contributions. However, there are several groups that would benefit from it. We know from the research that the two indicators that rise to the top as to whether people make or sustain a recovery have to do with social and family support and vocational training and job security. Instilling opportunities for our consumers to access that would be a wise use of funds.

I have a couple of suggestions as to an action plan. What touched me the most when I read the first report was a comment from Senator Kirby after the first-person accounts were heard. He said, "You have to put a human face on it." I felt the

notre seuil d'attente est de cinq jours, mais c'est parfois trop long. Une des solutions possibles, serait d'avoir des services alternatifs auxquels les gens pourraient avoir accès plus rapidement, comme des journées de désintoxication ou la désintoxication à domicile. Malheureusement, de manière générale, le public n'est pas au courant de l'existence de ces services. Notre analyse de marché en Nouvelle-Écosse montre que la plupart des gens associent les services de désintoxication au centre de désintoxication. En fait, l'ensemble des services que nous offrons comprend l'intervention précoce, la prévention, l'éducation communautaire, les services communautaires et les journées de désintoxication. La désintoxication ne représente qu'une partie de ces services. Il faut le dire à nos consommateurs, parce qu'ils ne sont pas suffisamment conscients des services que nous pouvons leur offrir. C'est un gros obstacle.

Vous avez également parlé des pairs professionnels. Historiquement, les services de toxicomanie comprenaient un modèle de traitement très semblable à celui des collectivités d'initiative personnelle. Nous avons embauché beaucoup de pairs professionnels pour aider les clients à naviguer dans le système et servir de lien avec les collectivités d'initiative personnelle. Au Canada atlantique, nous préconisons davantage les pratiques exemplaires. Actuellement, nous avons recours au renforcement communautaire ou à la thérapie de motivation. Ces deux méthodes sont axées sur les fonctions cognitives et comportementales. C'est une plus grande proportion de professionnels formés, des cliniciens hautement qualifiés, des travailleurs sociaux et psychologues qui fournissent ces services. Nous avons tout de même des pairs professionnels et je pense que personne ne peut mieux donner de l'espoir à nos consommateurs que ces personnes, qui sont elles-mêmes passées par là. Il n'y a pas de meilleurs porte-parole. Il y aura toujours des pairs professionnels, mais leur proportion change en raison du genre de service que nous fournissons. Étant donné que nous sommes maintenant davantage reliés aux soins de santé, et que nous avons la responsabilité de fournir et d'appliquer de façon déontologique les pratiques exemplaires, lorsque la recherche indique que nous pourrions doubler l'efficacité de nos traitements grâce à des protocoles de traitement clinique, il est difficile de ne pas prendre cette voie.

La dernière question portait sur le financement des groupes d'initiative personnelle. De manière générale, les groupes d'initiative personnelle dans le domaine de la toxicomanie, tels que les Alcooliques Anonymes, les Narcotiques Anonymes, et cetera, ne peuvent traditionnellement pas accepter de contributions externes. Cependant, beaucoup de groupes pourraient profiter d'un tel financement. D'après la recherche, nous savons que les deux facteurs les plus importants d'un rétablissement ou d'un rétablissement durable sont le soutien social et familial et la formation professionnelle et la sécurité de l'emploi. Une bonne façon d'utiliser ces fonds serait d'améliorer l'accès de nos consommateurs à ces éléments.

En ce qui concerne le plan d'action, j'ai plusieurs choses à proposer. Lorsque j'ai lu le premier rapport, ce qui m'a le plus touché, c'était une observation du sénateur Kirby après qu'il ait entendu les témoignages personnels. Il a dit, « il faut mettre un



committee had a sense of being grounded in what they were doing. It gives purpose and value to the work of the committee. Unfortunately, there is no first-person account on addictions. I would strongly recommend you give one of our consumers the opportunity to be that person to help you ground yourselves in this issue.

If I understood the report correctly, that was a pivotal step for this committee. I applaud you for it, as it shows forward thinking.

The second recommendation is that the committee continue to raise background information about the addictions system within Canada. It is quite different from the mental health system. They have been paralleled for some time. One is medicalized while the other is not. Both have been able to meet the needs of their consumer groups to some extent. There is value within both systems. We need to understand where the value is prior to making changes.

We already have some wonderful things happening within the field of addictions. We have a national framework. We have something of a strategy. There is synergy. I would not want to see that lost. We are a small enough community that most people around this table know each other. We are a small enough ship that we can turn pretty quickly.

**Ms. Nancy Bradley, Executive Director, Jean Tweed Centre:** Thank you for inviting me here. I want to talk about women in the system. I agree wholeheartedly with what has been stated before, particularly what Mr. Purvis had to say about the answers to the questions that were put to us.

I will not repeat that. However, I will add some of the differences from the perspective of women.

Substance abuse is a serious issue in general. However, if you are a woman, there is a huge difference between you and a man with an addiction. That difference involves both social and health issues. After listening to what was said earlier about the determinants of health, I can say there is definitely a health issue. Think about the physical impacts on women. Because women are smaller and because of the way they metabolize alcohol and drugs, there is a huge impact on their physical health. We know that women are at higher risk for liver damage, breast cancer, brain damage, heart disease, hepatitis and ulcers than the male of the species.

Women are also more likely to be prescribed drugs to deal with depression, anxiety, aging and other physical and emotional problems. These drugs are often misused with alcohol, as you may know.

A woman may be involved in high-risk behaviour such as prostitution and the use of injection drugs, which can lead to severe physical illness. Shame, stigma and criminal activity are intertwined and complicated.

In terms of access to services, women are often not identified early enough. Women are often at home and hidden. The family can sometimes hide the situation because of the stigma involved.

visage humain sur le problème ». J'ai eu le sentiment que le comité s'impliquait dans ce qu'il faisait. Cela donne un sens et une valeur à son travail. Malheureusement, il n'y a pas de témoignages personnels de toxicomanes. Je vous recommande fortement de donner à un de nos consommateurs la possibilité de jouer ce rôle pour vous aider à bien comprendre cette question.

Si j'ai bien compris le rapport, c'était une étape clé pour ce comité. Je vous en félicite, cela témoigne de votre esprit novateur.

Ma seconde recommandation, c'est que le comité continue à étudier les données sur les systèmes de services de toxicomanie au Canada. Ils diffèrent de ceux du système de santé mentale. Ils ont fonctionné en parallèle pendant un certain temps. L'un est médicalisé, l'autre ne l'est pas. Les deux systèmes ont su, dans une certaine mesure, répondre aux besoins de leurs consommateurs. Il y a du bon dans les deux systèmes. Il nous faut comprendre ce qui fonctionne avant d'apporter des changements.

Il y a déjà des choses formidables qui se font dans le domaine de la toxicomanie. Nous avons un cadre national. Nous avons une sorte de stratégie. Il y a une synergie. Je ne voudrais pas que nous la perdions. Nous sommes un groupe suffisamment petit pour que la plupart d'entre nous autour de cette table nous connaissions. Notre bateau est suffisamment petit pour chavirer facilement.

**Mme Nancy Bradley, directrice général, Centre Jean Tweed :** Je vous remercie de m'avoir invitée. Je voudrais vous parler des femmes, dans ce contexte. Je suis tout à fait d'accord avec ce qui a déjà été dit, notamment avec les réponses de M. Purvis aux questions qui nous ont été posées.

Je ne vais pas répéter cela. Pourtant, j'aimerais parler de certaines différences du point de vue des femmes.

La toxicomanie est un problème grave, de manière générale. Cependant, la situation est tout à fait différente pour une femme toxicomane par opposition à un homme. Les questions sociales et les questions de santé ne sont pas les mêmes. Après avoir écouté vos observations sur les déterminants de la santé, je peux affirmer qu'il y a vraiment un problème de santé. Pensez aux incidences physiques de la toxicomanie sur les femmes. Étant donné leur taille plus petite et la façon dont elles métabolisent l'alcool et les drogues, l'incidence sur leur santé physique est énorme. Nous savons que les femmes risquent davantage de subir des dommages au foie, au cerveau, d'être atteinte du cancer du sein, d'une maladie du cœur, de l'hépatite et d'ulcères que les hommes.

Les femmes sont également plus susceptibles de se faire prescrire des médicaments contre la dépression, l'anxiété, le vieillissement et d'autres problèmes physiques et émotionnels. Ces médicaments sont souvent mal utilisés et mélangés avec l'alcool, comme vous le savez.

Une femme peut avoir un comportement à risque, comme par exemple se prostituer ou se piquer, ce qui peut entraîner des maladies physiques graves. La honte, la stigmatisation et les activités criminelles sont interreliées et complexes.

En ce qui concerne l'accès aux services, nous n'atteignons souvent pas les femmes suffisamment tôt. Elles sont souvent chez elles et cachées. Parfois, la famille cache la situation à cause de la



However, more and more women are now in the workforce and being identified. More information is being put out. We need to do much more to help women get treatment earlier.

The other factor in the huge difference when we are looking at the female of the species is that women bear the young. We know that FAS/FAE is a big problem in our country. The cost of helping a child who has FAS/FAE could be as high as \$1.5 million when schooling, the correctional system and mental health are taken into account. We need to begin — continue in some provinces — to provide services for women who are pregnant and parenting.

We have already talked about the stigma. I will not say much more about it, except that guilt because they are bearing the young often prevents women from getting help. Since they can be seen as morally bad, guilt is a huge issue.

Women who have substance use problems are marginalized. Other factors like poverty, disability, culture, language, age, et cetera, create a double burden. For pregnant women and those with children, stigma is usually accompanied by shame and fear that their children will be apprehended. Services for women need to be provided in a solid and integrated system.

Problems with substance use cut across all populations, all socio-economic strata and cultures. However, problems do not occur in isolation. The determinants of health play a huge role.

It is a social issue for women who struggle to find well-paying work and cope, often alone, with the care of families. We need a coordinated connection with adjunct services and supports to offer a full array of help.

Pregnancy and parenting is a major issue. Seventeen to 25 per cent of women report drinking at some point during their pregnancy, while others report doing it throughout the entire pregnancy. We now know that the placenta does not protect the unborn child. We used to think that it did prevent damage to the fetus. However, our experience with thalidomide tells us something different. As a result, we are seeing FAS/FAE. Our system is full of people who are experiencing the results of FAS/FAE.

The other big issue for women is trauma. Women in treatment report higher rates of depression, anxiety and extreme trauma, as well as eating disorders.

Two thirds of women in treatment report a mental health issue. It is important to stress the point made by Mr. Purvis that a small proportion needs the highest level of resources in the medical system.

stigmatisation qu'elle peut engendrer. Cependant, de plus en plus de femmes font partie de la population active et peuvent être mises en évidence. Il y a de plus en plus d'information sur le sujet. Nous devons faire plus d'efforts pour aider les femmes à se faire traiter plus tôt.

L'autre différence fondamentale, chez la femme, c'est qu'elle peut porter un enfant. Nous savons que le SAF/EAF est un problème grave dans notre pays. Si l'on tient compte de l'éducation, du système correctionnel et des soins de santé mentale, le coût de prise en charge d'un enfant atteint de SAF/EAF peut atteindre 1,5 million de dollars. Nous devons commencer — ou continuer, pour certaines provinces — à fournir des services aux mamans et aux femmes enceintes.

Nous avons déjà parlé de stigmates. Je ne m'étendrai pas sur le sujet, sauf pour dire que la culpabilité des femmes enceintes, parce qu'elles portent un enfant, les empêche souvent de solliciter de l'aide. La toxicomanie peut être perçue comme un acte répréhensible sur le plan moral, et la culpabilité joue un rôle très important.

Les femmes toxicomanes sont marginalisées. Les autres facteurs tels que la pauvreté, la déficience, la culture, la langue, l'âge, et cetera, sont pour elles un second fardeau. Pour les femmes enceintes et les mamans, le stigmate est souvent accompagné de honte et de crainte qu'on leur prenne leurs enfants. Les services aux femmes doivent être fournis dans le cadre d'un système solide et intégré.

Les problèmes de toxicomanie concernent toutes les populations, toutes les couches socio-économiques et cultures. Cependant, les problèmes ne sont pas isolés. Les déterminants de la santé jouent un rôle fondamental.

C'est un problème social pour les femmes qui s'efforcent de trouver un travail rémunérateur et de faire face, souvent seules, à l'entretien d'une famille. Il faut alors coordonner les contacts avec les services connexes pour leur offrir différentes formes d'assistance.

La grossesse et le rôle de parent sont des problèmes importants. De 17 à 25 p. 100 des femmes déclarent avoir bu à un moment donné pendant leur grossesse, tandis que d'autres déclarent l'avoir fait pendant toute leur grossesse. Nous savons maintenant que le placenta ne protège pas l'enfant à naître. On croyait autrefois qu'il prévenait tout dommage au fœtus. Malheureusement, notre expérience de la thalidomide a été révélatrice. Aujourd'hui, on constate le syndrome et les effets de l'alcoolisme fœtal. Notre réseau est rempli de personnes qui connaissent les résultats de ce syndrome.

Le traumatisme constitue un autre problème important pour les femmes. Celles qui se font traiter présentent des taux plus élevés de dépression, d'anxiété, de traumatisme extrême et de troubles de l'alimentation.

Deux tiers des femmes traitées font état d'un problème de santé mentale. Il convient d'insister sur ce qu'a dit M. Purvis, à savoir qu'une petite proportion de patients accapare les niveaux les plus élevés de ressources au sein du réseau médical.



We also know that alcohol is still the biggest problem. Prescription medication and marijuana are often part of the experience, as well as over-the-counter drugs. Cocaine, heroin and all the other illegal drugs have faster and more devastating impacts on women than on men. Seventy-five per cent of women drink alcohol. The greatest growth in this activity, however, is in women between the ages of 20 and 24, which are often the child-bearing years. It is most important that we address these issues.

Seventy one per cent of adolescent girls drink. Who comes to us for help? It is women between the ages of 20 and 35. It used to be much older, but the use of street drugs has brought the age down. It is an issue of poly-drug use. As I said earlier, a history of trauma and mental illness is always there with women.

There is an intergenerational impact on children and families. There are social costs as well in relation to lost productivity, housing, et cetera.

How can we better respond to and understand women? First, we need to understand that there is an interplay of biological, genetic, psychological, social, cultural, relational, environmental and spiritual factors when working with women.

We must work with women in a relational way — women are relational people — and we need connectivity.

The system must be inclusive and holistic in its response. I believe the system needs to look at more health promotion, more prevention, more detox, counselling and treatment, as well as housing, employment, justice; and similarly, all levels of government, with the vision, research, policy resource and evaluation, must be coordinated.

Research does show us that Aboriginal women respond better when they have the option to participate in treatment that is in keeping with their cultural practices and teachings. Because issues are multi-faceted and multi-dimensional, we need a system that can respond on multiple levels to multiple problems. Put it another way: How do we help a woman who abuses substances? She is possibly parenting or pregnant. She has a history of trauma, childhood sexual abuse, current sexual abuse, spousal violence. She may suffer from mental health issues or cognitive impairment. She may be homeless or in substandard housing. She has outstanding criminal charges, may lack formal education and employment, may be a new Canadian and have family members who are in need of help at the same time.

As I said before, women are relational so we have to understand that as an underlying factor. Then we need an infrastructure that will allow access to expertise in both substance use and mental health at any point on the continuum. The vast majority of women seeking help can be assisted in the community.

Nous savons aussi que l'alcool reste le plus gros problème. Les médicaments prescrits et la marijuana apparaissent souvent dans le tableau, de même que les médicaments en vente libre. La cocaïne, l'héroïne et toutes les drogues illégales ont un effet plus rapide et plus dévastateur sur les femmes que sur les hommes. Soixante-quinze pour cent des femmes boivent de l'alcool, et la plus forte croissance à ce chapitre concerne les femmes de 20 à 24 ans, c'est-à-dire l'âge de l'enfantement. Il est indispensable de traiter ces problèmes.

Soixante et onze pour cent des adolescentes boivent. Qui nous demande de l'aide? Ce sont les femmes de 20 à 35 ans. Autrefois, c'était des femmes plus âgées, mais les drogues vendues dans la rue ont fait baisser leur âge moyen. On a maintenant un problème de polytoxicomanie. Comme je l'ai dit précédemment, les femmes présentent toujours des antécédents de traumatisme et de maladie mentale.

Les problèmes ont des incidences intergénérationnelles sur les enfants et les familles. Ils ont aussi un coût social sous forme de baisse de productivité, de difficulté de logement, et cetera.

Comment comprendre les femmes et leur apporter de meilleures réponses? Tout d'abord, quand on travaille auprès des femmes, il faut comprendre l'interaction entre les facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, relationnels, environnementaux et spirituels.

Il faut travailler avec les femmes de façon relationnelle — les femmes sont des êtres relationnels — en misant sur la connectivité.

La réponse du système doit être inclusive et holistique. Il doit accorder une plus grande place à la promotion de la santé, à la prévention, à la désintoxication, au counseling et au traitement, de même qu'au logement, à l'emploi et à la justice; par ailleurs, tous les niveaux de gouvernement doivent coordonner leur action en matière de définition des objectifs, de recherche, de ressources et d'évaluation.

La recherche indique que les femmes autochtones réagissent mieux lorsqu'elles ont la possibilité de participer à un traitement conforme à leurs usages et à leurs enseignements culturels. Comme les problèmes sont multiformes et multidimensionnels, il nous faut un système qui puisse répondre à divers niveaux à différents problèmes. Autrement dit, comment peut-on venir en aide à une femme toxicomane? Peut-être est-elle enceinte, peut-être élève-t-elle des enfants. Elle a des antécédents de traumatisme, de sévices sexuels, y compris pendant l'enfance, et de violence sexuelle. Elle peut souffrir de problèmes de santé mentale ou de déficience intellectuelle. Elle peut être itinérante ou occuper un logement insalubre. Elle a fait l'objet d'accusations criminelles, elle n'a peut-être pas fait d'études officielles et n'a peut-être pas d'emploi; il peut s'agir d'une néo-Canadienne, et des membres de sa famille peuvent avoir besoin d'aide au même moment.

Comme je l'ai dit, les femmes sont des êtres relationnels, et il faut voir là un facteur sous-jacent. Nous avons besoin d'une infrastructure qui permette l'accès en tout temps à des professionnels qui soient à la fois spécialistes de la toxicomanie et de la santé mentale. La grande majorité des femmes qui



The more severe the addiction and mental health problem, the greater the need for access to medical intervention, and that speaks to the point about the fourth quadrant.

I work in the community and you can see I am a strong advocate for community resources. When I think about how we can better service women, I see mental health and addictions being coordinated in an understanding of and vision for our system. However, not all women or people with substance abuse need hospital intervention, but we have to have that correlation. We need access to sessional fees, simple things such as prescribing medication, if that is what is needed. The community mental health organizations do have sessional fees for psychiatrists to come in and help in the community. I always think that is so strange, because the addiction field is often similarly affected with mental health issues and they are probably more compromised, but we have fewer resources to deal with the problem. Therefore we need to look at things quite differently.

Outreach is also an important part of what we need to do for elderly women, for youth, the chronic or severely addicted, women who are often homeless. Women who are pregnant or parenting often need outreach. They are not identified in their doctors' offices, they are not identified in community health centres, and we need to find ways to get to them so we can prevent the further compromising of their health and that of the unborn child.

Again, I will talk about the funding situation. The addiction system must be adequately funded to have the capacity to hire educated and well-trained staff so that service providers can adequately deal with the complex issues. We must have the capacity and the vision to provide seamless services to women who come to the system for help. The clients are partners in the care, but it is the system's responsibility to facilitate the service.

The parts of the system must work together and have the knowledge of what needs to happen and how. There should be a clear understanding and agreement between providers so that the client's best interests and needs are addressed. The care should move through the least intrusive intervention to the most pervasive and costly — that would be the most seriously compromised; the least being community education and health promotion through to the hospital and the more formal medical system. The medical system must be available and willing to work with the community services to help meet the clients' needs, and vice versa.

I will not speak too much to the questions that you asked. What I wanted to say has already been said. I thought I would speak for a minute about the families. Families and consumers are often bounced back and forth from one system to the other, and for those with concurrent disorders this can be particularly counterproductive.

demandent de l'aide peuvent en obtenir dans la collectivité. Plus les problèmes de toxicomanie et de santé mentale sont graves, plus l'accès à une intervention médicale devient indispensable, et on en revient à l'argument du quatrième quart.

Je travaille en milieu communautaire et comme vous le voyez, je milite en faveur des ressources communautaires. Lorsque je pense à la façon d'améliorer les prestations de services pour les femmes, j'envisage une meilleure coordination des services de santé mentale et de toxicomanie dans un souci de bien comprendre l'ensemble de notre système. Néanmoins, si les femmes toxicomanes n'ont pas toutes besoin d'une intervention en milieu hospitalier, il faut assurer une meilleure corrélation des services. Au besoin, on doit pouvoir obtenir un paiement à la séance ou la prescription d'un médicament. Les organismes communautaires de santé mentale proposent le paiement à la séance aux psychiatres qui interviennent en milieu communautaire. Cela me paraît toujours étrange, car les toxicomanes présentent souvent des problèmes de santé mentale et ils sont sans doute plus en danger, mais on manque de ressources pour faire face à leurs problèmes. Je pense donc qu'il faut adopter un point de vue tout à fait différent.

L'action sociale est également un facteur important pour les femmes âgées, pour les jeunes, pour les cas de toxicomanie chronique ou grave, et pour les itinérantes. Les femmes enceintes ou mères de famille ont souvent besoin de l'action sociale. Elles ne sont pas identifiées chez leur médecin ni dans les centres de santé communautaire et il faut réussir à les rejoindre afin de prévenir toute détérioration de leur santé ou de celle de leur enfant à naître.

Je parle encore une fois d'un problème de financement. Le réseau des toxicomanies doit être suffisamment bien financé pour engager un personnel compétent et bien formé qui soit capable de traiter des problèmes complexes. Les femmes qui demandent de l'aide ont besoin de services intégrés. Les clients sont des partenaires en matière de soins, mais le système a la responsabilité de faciliter le service.

Les différents éléments du système doivent collaborer et savoir vers quoi évoluer. Les fournisseurs de services devraient s'entendre de façon à bien répondre aux besoins du client. Les soins doivent aller de l'intervention la moins intrusive, comme l'éducation communautaire et la promotion de la santé, jusqu'à la plus coûteuse, comme l'hospitalisation et la médicalisation. Le système médical doit être prêt à collaborer avec les services communautaires pour répondre aux besoins des clients.

Je n'ai pas vraiment répondu aux questions posées initialement. Ce que je voulais dire a déjà été dit. J'aimerais parler un instant des familles. Les familles et les patients sont souvent renvoyés d'un système à un autre, ce qui peut avoir des effets particulièrement désastreux chez les personnes présentant des troubles concurrents.



Mental health services need to be informed about substance abuse and substance abuse services similarly need to be informed about mental health. In other words, the onus is on the service providers to have knowledge of both issues. It should not be the client's burden. I believe we need trained staff educated in both mental health and addictions.

It is important to recognize that there has never been a level playing field with respect to the resources for these two sectors and it is evident in the resulting infrastructure, or lack thereof, in the addictions sector. A fully integrated system would need to respond to historical inequities. Without this, addiction services run the risk of being absorbed into the mental health landscape. To be most effective, a fully integrated strategy could be achieved with a system-wide approach that incorporates the determinants-of-health model. Integration in this sense would work toward integrated planning and resource allocation, reducing the barriers between the sectors at the service delivery level. A merging of services across both systems runs the risk of erosion of the addiction services.

**Mr. Jeff Wilbee, Executive Director, Addictions Ontario; Canadian Addiction Counsellors Certification Federation:** I am from Addictions Ontario and the Canadian Addiction Counsellors Certification Federation. This committee has the opportunity to take new approaches and introduce innovation. That is essentially the message I would like to bring from my membership.

We want to present to you that some new approaches are needed. When I consulted with the leadership of our group, they spent a great deal of time on an interesting point that I will try to articulate. I will spend time trying to address the five questions. In our language here we talk about mental health and mental illness. We do not talk about addiction health or addiction illness.

The positive message that the mental health community has been able to articulate is that many people do recover and become healthy. I would suggest we are all addicted to something to some degree. It is a matter of the degree and the trouble that it causes us. Indeed, our members talked about this idea. We talk about mental health and mental illness, but do not talk about addiction health and addiction illness. That would take a while because I had to think about it.

We certainly know in our country and in the province of Ontario that we need to do more integration. Also, when we talk about the integration of mental health and addictions — and we agree with all the previous speakers here this morning — there is the sense that many times in our language, and sometimes in how we deliver our services, addictions can be seen as just an add-on. That causes us some concern. Our people would say that there is a need for integration, perhaps even the merging of administrations, but not at the cost of providing good clinical care. One of the major concerns in this area would be the need for training and certification. If in fact someone arrives at an addictions program and the person doing the intake or assessment is not properly trained to recognize that there may be a diagnostic mental illness,

Les services de santé mentale doivent connaître le domaine de la toxicomanie, et vice versa. Autrement dit, c'est aux fournisseurs de services, et non pas aux patients qu'il incombe de connaître les deux domaines. Je suis convaincue qu'il faut que le personnel reçoive une formation portant à la fois sur la santé mentale et sur les toxicomanies.

Il importe de reconnaître que ces deux secteurs n'ont jamais été sur un pied d'égalité en matière de ressources, et que le secteur des toxicomanies manque d'infrastructures. Un système parfaitement intégré devrait remédier à cette injustice historique, faute de quoi les services de toxicomanie risquent d'être absorbés dans le paysage de la santé mentale. On pourra obtenir une stratégie parfaitement intégrée et efficace grâce à une méthode globale faisant appel au modèle des déterminants de la santé. En ce sens, l'intégration devrait évoluer vers une planification intégrée assortie d'une répartition des ressources et d'une élimination des obstacles entre les secteurs au niveau de la prestation de services. Une fusion des services des deux systèmes risque d'entraîner l'érosion des services de toxicomanie.

**M. Jeff Wilbee, directeur général, Addictions Ontario; Canadian Addiction Counsellors Certification Federation :** Je suis membre d'Addictions Ontario et de la Canadian Addiction Counsellors Certification Federation. Le comité a l'occasion de renouveler les méthodes d'intervention et d'innover. Voilà essentiellement le message que j'aimerais transmettre de la part des membres de notre fédération.

Nous voulons vous dire qu'il faut adopter de nouvelles méthodes. Lorsque j'ai consulté les dirigeants de notre groupe, ils ont beaucoup insisté sur un argument intéressant que je vais essayer de vous présenter. Je vais m'efforcer de répondre aux cinq questions. Dans notre langage, nous parlons de santé mentale et de maladie mentale. Nous ne parlons pas de santé toxicomane ou de maladie toxicomane.

La communauté de la santé mentale exprime un message positif : nombreux sont ceux qui guérissent et retrouvent la santé. J'estime que nous sommes tous plus ou moins toxicomanes. Tout est une question de degré et de gravité des effets. C'est ce que disent nos membres. Nous parlons de santé mentale et de maladie mentale, mais pas de santé toxicomane ni de maladie toxicomane. Il faudrait s'y arrêter un instant, car j'ai dû y réfléchir.

Au Canada et en Ontario, on sait qu'il faudrait intégrer davantage les services. Lorsqu'on parle d'intégration de la santé mentale et de toxicomanie — et nous sommes d'accord avec tous ceux qui nous ont précédés ici ce matin — on a souvent l'impression que dans le discours ainsi que dans les modalités de la prestation de services, la toxicomanie est considérée comme un facteur additionnel. Cela nous préoccupe. Nos membres disent que l'intégration est nécessaire, qu'il faudrait peut-être même fusionner les administrations, mais pas au détriment de la qualité des soins cliniques. Notre principale préoccupation dans ce domaine concerne la nécessité de la formation et de la certification. Lorsqu'un patient se présente à un programme de toxicomanie et que la personne qui l'accueille ou qui l'évalue n'a



we do harm. We would also argue on the other side that people at a mental health facility, if they had not had proper training in addiction services, again may not be as effective as we would like.

I spent a little time south of the border, and I found it interesting that many of the states are moving to licensure for addiction workers. It would be a major plan to look at the kinds of accountability issues we have — licensure, certification and accreditation. One of the ways you try to reduce stigma — and I agree with Mr. Kelly about discrimination — is to provide within our systems that those who are treating clients for addictions and mental health issues have the qualifications, as for any other diagnosis.

Just talking about integrating mental health and addictions does not go far enough. We would suggest that integration also needs to be across the full health and social service sector. To make my point here, the legal drug alcohol is a contributing factor to other diagnoses such as certain cancers and liver and kidney problems. I do not need to expand on that

In report no. 3, you posed the question of where primary health care is on this. We talk about training and ensuring that we have the clinical expertise there. I would like to move to our physicians. I feel good that in Ontario we were able, with our colleagues at the Canadian Mental Health Association, to get some money from Health Canada to start doing some training with family physicians around early intervention on psychotic breakdown and proper protocols for withdrawal management. I deem that a very important project and one that needs to be built on.

However, as Mr. Purvis and Mr. Stockwell have said, we need to look at those who have the most severe, acute disorders. We are in strong support of a national strategy on concurrent disorders, but not at the cost of that other number that Mr. Purvis laid out, the majority of folks who arrive at my members' doors, at least.

Mr. Kelly referred to special populations. We need to look at the populations identified but also be acutely aware of the multiculturalism in our society. More particularly, given the Prime Minister's speech last evening on new Canadians, we would say that there needs to be some emphasis on what might be available as they enter our country.

Alcohol addiction has been referred to from time to time as a family disease. We know it affects 16 to 17 people around the person addicted, or whatever that data may suggest. In my experience, if people having difficulty with whatever the addiction is, problem gambling, sex addiction, alcohol and so forth, go back into the same environment, it makes them very vulnerable. I spent 13 years of my life in the community criminal justice and corrections area, getting folks out of our prisons and back into the community. Many times it made little sense to send them back to

pas été formée à diagnostiquer la maladie mentale, c'est préjudiciable pour le patient. Nous considérons également que si, en revanche, le personnel d'un établissement de santé mentale n'a pas reçu une formation suffisante sur des problèmes de toxicomanie, il risque d'être moins efficace.

J'ai passé un certain temps aux États-Unis, et j'ai constaté avec intérêt que plusieurs États se dirigent vers l'exigence d'un permis d'exercer pour les spécialistes en toxicomanie. Il y aurait lieu de se pencher sur les problèmes d'imputabilité, d'autorisation d'exercer, de certification et d'accréditation. Afin de réduire la stigmatisation — et je suis d'accord avec M. Kelly en ce qui concerne la discrimination — nous veillons à ce que ceux qui traitent les toxicomanes et les malades mentaux aient les qualifications nécessaires, comme c'est le cas dans toutes les autres formes de diagnostics.

Il ne suffit pas de parler d'intégration de la santé mentale et des toxicomanies. Nous considérons que l'intégration doit porter sur l'ensemble des secteurs de la santé et des services sociaux. Je veux dire ici que l'alcool en tant que drogue légale constitue un facteur distributif dans d'autres diagnostics, notamment dans certaines formes de cancer et de problèmes du foie et des reins. Je n'ai pas besoin de m'étendre sur la question.

Dans le rapport n° 3, vous posez la question du rôle des soins de santé primaires. Nous insistons sur la formation et la présence de spécialistes cliniciens. Je voudrais maintenant parler de nos médecins. Je suis heureux qu'on ait réussi, en Ontario, avec l'aide de nos collègues de l'Association canadienne de la santé mentale, à obtenir de l'argent de Santé Canada pour former les médecins de famille à une intervention précoce en cas de crise psychotique et aux protocoles de gestion du repli sur soi. À mon avis, c'est un projet très important sur lequel il faut miser.

Pourtant, comme l'ont dit M. Purvis et M. Stockwell, nous devons considérer le cas de ceux qui présentent les troubles les plus graves. Nous sommes tout à fait favorables à une stratégie nationale sur les troubles concurrents, mais pas au détriment de la majorité dont a parlé M. Purvis, celle des personnes qui se présentent chez n'importe quel médecin.

M. Kelly a évoqué des groupes particuliers de la population. Il faut examiner les groupes en question, mais il faut aussi être très sensibles au multiculturalisme dans notre société. En particulier, étant donné le discours prononcé hier soir par le premier ministre sur les nouveaux Canadiens, nous dirions qu'il faut accorder une certaine importance à ce qui pourrait être disponible au moment où ils arrivent dans notre pays.

L'alcoolisme a parfois été qualifié de maladie familiale. On sait qu'il touche 16 ou 17 personnes dans l'entourage de l'alcoolique; c'est du moins ce que nous disent les statistiques. D'après mon expérience, les gens qui ont un problème de toxicomanie, que ce soit le jeu, la sexomanie, l'alcoolisme, et cetera, sont très vulnérables quand ils retournent dans le même environnement. J'ai passé 13 ans de ma vie dans le milieu de la justice pénale et des services correctionnels, à faire sortir des gens de nos prisons pour les réinsérer dans la collectivité. Bien souvent, c'était illogique de



the family because it was so dysfunctional it was part of the cause of the problem. We would suggest that there needs to be support for family programs.

We would echo Mr. Kelly and Ms. Bradley's comments around funding as well. As a society, we will only get results if we invest. Our analogy would be that it makes very little sense or is imprudent to add a new wing to a run-down, dilapidated house and think you have solved the problem.

We have strong support for the idea of peer counselling. It has already been stated many times that those who have been through difficulty can gain trust, but this is not 1968, when we started. It is not good enough to say, "Okay, you have been out of the withdrawal management and detox for six months, so we will now make you the clinical supervisor." Although I say that in jest, there is a certain amount of truth to it. We would suggest that peer counsellors need the proper training, accountability and certification. I will point out that in the United States, many states are moving to licensure. They see that as a strong plank in dealing with their problems.

Question no. 5 asks about the use of volunteerism. There is not as good a consumer movement in addiction as in mental health. That is a weakness. We would say that is because the self-help groups, Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous, are quite separate. The point has already been made that many people can get help there. We would look for funds to be put into supporting consumers that can be attached to community or institutional programs. Again, we would say there needs to be training.

I have been in a personal recovery for over 30 years. Thirty years ago, I was able to access the system in Ontario. I have something to offer, not only at these tables but at other tables. However, I am not a clinician, and I am not sure I would be that effective as an attachment to it. I have a personal story, and that is powerful in its own right, but the kinds of problems we are faced with today and the people presenting with their serious problems need far more. I argue that we will get exactly the results we are prepared to invest in.

**Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Program, Centre for Addiction and Mental Health:** Thank you for the invitation to be here today. It is an honour to be at this table. If there is national leadership in this area, it is coming from this group, and I think that is impressive.

I work at the Centre for Addiction and Mental Health. It has a provincial mandate in Ontario to do research and health promotion and prevention work and to provide treatment services. We are probably the single largest provider of treatment services for addictions in the country, and probably

les renvoyer dans leur famille parce que celle-ci était tellement dysfonctionnelle qu'elle était en partie la cause du problème. Nous soutenons qu'il faut appuyer des programmes familiaux.

Nous souscrivons également aux observations de M. Kelly et de Mme Bradley sur le financement. Notre société n'obtiendra des résultats que si nous investissons. Notre analogie consiste à dire qu'il est déraisonnable ou imprudent d'ajouter une nouvelle aile à une maison délabrée et branlante en s'imaginant que cela va résoudre le problème.

Nous appuyons fermement l'idée du counselling par les pairs. On a déjà dit bien souvent que ceux qui ont vécu des difficultés peuvent redevenir dignes de confiance, mais nous ne sommes pas en 1968, quand nous avons fait nos débuts. On ne peut pas se contenter de dire : « Bon, cela fait maintenant six mois que vous êtes sorti du centre de sevrage et de désintoxication et nous allons donc vous nommer superviseur clinicien. » Je plaisante, mais il y a un brin de vérité dans cette boutade. D'après nous, les pairs qui sont chargés de faire du counselling doivent recevoir la formation voulue, être accrédités et rendre des comptes. Je signale qu'aux États-Unis, beaucoup d'États se dirigent vers l'instauration d'une autorisation d'exercer. Ils y voient un solide tremplin pour résoudre leurs problèmes.

La question n° 5 porte sur le recours à des bénévoles. Le mouvement de mobilisation n'est pas aussi solide dans le domaine des toxicomanies que dans la santé mentale. C'est une faiblesse. Nous dirions que c'est parce que les groupes d'entraide, les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes, sont tout à fait distincts. On a déjà signalé que beaucoup de gens peuvent obtenir de l'aide en s'adressant à ces organismes. Nous aimerions que des fonds soient consacrés au soutien des consommateurs inscrits à des programmes communautaires ou d'établissement. Là encore, nous sommes d'avis qu'il faut de la formation.

Je m'occupe de rétablissement personnel depuis plus de 30 ans. Il y a 30 ans, j'ai pu avoir accès au système en Ontario. J'ai quelque chose à offrir, non seulement à ces audiences, mais à d'autres tribunes. Cependant, je ne suis pas clinicien et je ne suis pas certain que je serais tellement efficace dans un cadre rigide. J'ai des antécédents personnels et cela me donne un certain pouvoir de persuasion, mais étant donné le genre de problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui et les graves problèmes avec lesquels des gens sont aux prises, il nous faut beaucoup plus que cela. Je soutiens que nous obtiendrons des résultats exactement proportionnels à ce que nous sommes disposés à investir.

**M. Wayne Skinner, directeur de clinique, Programme des troubles concomitants, Centre de toxicomanie et de santé mentale :** Je vous remercie de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui. C'est un honneur d'être assis à cette table. S'il y a un leadership national dans ce domaine, il émane de ce groupe-ci et je trouve que c'est impressionnant.

Je travaille au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Le centre a un mandat provincial en Ontario, étant chargé de faire de la recherche et du travail de prévention et de promotion de la santé, et aussi d'offrir des services de traitement. Nous sommes probablement le plus important fournisseur de services de



of mental health services as well. These issues definitely stir my colleagues, and it is a little humbling to be here today because there are so many others who could speak to this.

My background is in the Addiction Research Foundation, one of the four founding partners of CAMH, but in the last few years I have been working in the area of concurrent disorders, that is, people with co-occurring mental health and addiction problems, as well as the problem gambling area.

If there is a key message from our organization on this, it is that there needs to be a national policy in this area and that we would be committed to supporting it. We probably will continue to be a broken record in terms of that message, through this process and beyond.

That said I want to make a few comments for which I will take more personal responsibility rather than putting them on the organization.

The policy, as people are articulating around this table already and have said in other areas, needs to be consumer, family and community based. There needs to be a continuum of services. There is an interesting issue in what the relationship of this should be to a national drug strategy and to the national framework for action on substance use that is emerging. We would encourage strong links be made between these two areas, and it is important to think about that.

The other thing we need — and it has been referred to implicitly in our conversation already — is a larger idea of addiction than just substance use. We need to include problem gambling. We need to include other addictive behaviours.

Maybe prompted by Mr. Purvis, we need to have some positive notions of what behavioural health means and where addictions are located in a world where there are healthy behaviours and unhealthy behaviours and addictive behaviours need to be seen as a particular set that has huge costs for our communities.

In one of your earlier documents, you made the point that mental health has been living in the shadow of physical health. That point has also been made in the comments about the ministries of health and their preoccupation with issues from that domain. You point out that mental health deserves an equal footing with the physical health domain.

In the context of the work of this committee, one measure of success, from an addictions point of view, is that addictions be seen as an essential element in any policy statement on mental health. The issue of addictions needs to have a clear profile in any statement on mental health. Those of us from the “addictions

traitement des toxicomanies au Canada et probablement aussi de services de santé mentale. Ces questions passionnent assurément mes collègues et c'est quelque peu intimidant d'être ici aujourd'hui parce qu'il y en a tellement d'autres qui pourraient prendre la parole à ce sujet.

J'ai commencé ma carrière à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, qui est l'un des quatre partenaires fondateurs du Centre de toxicomanie et de santé mentale, mais ces dernières années, j'ai travaillé dans le domaine des troubles concurrents, c'est-à-dire les gens qui ont à la fois des troubles de santé mentale et des problèmes de toxicomanie, et aussi des problèmes de dépendance compulsive au jeu.

S'il y a un message clé de notre organisation à ce sujet, c'est qu'il faut une politique nationale dans ce domaine et que vous pouvez compter sur notre appui dans une telle éventualité. Nous continuerons probablement de rabâcher ce message, dans le cadre de vos audiences et partout ailleurs.

Cela dit, je voudrais faire quelques observations dont j'assume personnellement la responsabilité, au lieu de les faire au nom de l'organisation.

La politique dans ce domaine, comme les participants autour de la table l'ont déjà dit ici et à d'autres tribunes, doit être axée sur le consommateur, la famille et la collectivité. Il faut un éventail continu de services. Une question intéressante se pose, à savoir comment cette politique doit s'insérer dans une stratégie nationale antidrogue et dans le cadre national d'action contre les toxicomanies, qui sont en train de voir le jour. Nous sommes en faveur d'établir des liens étroits entre ces deux domaines et il est important d'y réfléchir.

Par ailleurs, comme cela a déjà été dit implicitement dans notre conversation, il faut englober dans les toxicomanies le problème de dépendance compulsive au jeu. Il faut aussi y inclure d'autres comportements compulsifs.

Pour donner suite à ce que disait M. Purvis, nous devons avoir une idée claire quant au sens de la santé comportementale et quant à la nature des toxicomanies dans un monde où il y a des comportements sains et des comportements malsains, et il faut considérer que les comportements de dépendance doivent être considérés comme un problème qui entraîne des coûts énormes pour notre collectivité.

Dans l'un de vos documents antérieurs, vous avez fait remarquer que la santé mentale a toujours été dans l'ombre de la santé physique. On a soulevé ce point également dans les observations sur les ministères de la santé et leurs préoccupations relativement à des dossiers dans ce domaine. Vous faites observer que la santé mentale mérite d'être placée sur le même pied que le domaine de la santé physique.

Dans le contexte des travaux de votre comité, une mesure du succès, du point de vue des toxicomanies, c'est que celles-ci peuvent être perçues comme un élément essentiel de tout énoncé de politique sur la santé mentale. La question des toxicomanies doit figurer au premier plan dans tout énoncé sur la santé



world" will be looking to see whether it is tangibly present in that way; and I would like to flag that marker.

Another point has to do with what I call the revenue and funding imbalance. This can be illustrated with alcohol and gambling. We know that not everyone who drinks has a drinking problem, that 10 per cent of drinkers have a drinking problem and that that 10 per cent contributes over 50 per cent of the alcohol revenues. Recent research on gambling shows that not everyone who gambles has a gambling problem, that 5 per cent of gamblers have mild to severe gambling problems and that that 5 per cent contributes 35 per cent of the gambling revenues. The revenues to government and to the industries involved are being sponsored disproportionately by people who are negatively affected by these very behaviours. The problem is that our investment back into those groups of people is pretty woeful and embarrassing. That is one way of looking at the issue.

Mr. Stockwell has a suggestion for funding this area: Add money, but in a moral argument, one would say that some of this money should be going back. There is an argument for an investment. The issue is that government is increasingly dependent on these dollars, and I am most interested in Mr. Stockwell's comment on this. In conjunction with Mr. David Kelly, we have been writing about ways to look at a kind of behavioural risk insurance or a tax of one nickel per standard drink. If that were done in Ontario, the revenue would be more than double the money being spent on the entire addiction sector now. This imbalance between the revenue side of these issues and the investment in people with problems is a huge issue that needs to be tackled head on. I would be interested to hear greater discussion today on this view.

I will speak to the role of families and social supports. This derives from a broad level and from some recent personal involvements. A colleague and I have been working on supporting families affected by concurrent disorders. We have been trying to look at innovative psycho-educational materials and supports. It strikes me that the set of people affected by addictions is not only the number of people with the diagnoses but also includes families. The diagnosis of addiction problems has health consequences for them as well because of the preoccupation effect of having a family member with a severe mental illness and an addiction. Doing this work at ground level has introduced me to some heroic people who are willing to stay the course with those who are causing problems in their families' lives. We need to work with families in two ways: One is to stay involved and support them and the other is to realize that families are incredible resources. Supporting

mentale. Nous qui travaillons dans le « monde des toxicomanies », nous allons vérifier si cette problématique est présente de manière tangible, et je tiens à attirer votre attention là-dessus.

Par ailleurs, il y a ce que j'appelle le déséquilibre entre les revenus et le financement. Pour illustrer mon argument, prenons l'alcoolisme et le jeu compulsif. Nous savons que ce ne sont pas tous les buveurs qui sont des alcooliques, que 10 p. 100 de buveurs ont un problème d'alcool et que ces 10 p. 100 versent plus de 50 p. 100 des revenus tirés de l'alcool. Les travaux de recherche récents sur le jeu montrent que ce ne sont pas tous les joueurs qui ont un problème de dépendance compulsive au jeu, que 5 p. 100 des joueurs ont des problèmes de jeu allant de modérés à graves et que ces 5 p. 100 versent 35 p. 100 des revenus tirés du jeu. Les revenus tirés par le gouvernement et l'industrie de ce domaine proviennent de manière disproportionnée de ceux-là mêmes qui souffrent des comportements en question. Le problème est que notre investissement en faveur de ces groupes de personnes est assez maigre, au point d'en être gênant. C'est une manière d'envisager la question.

M. Stockwell a une suggestion relativement au financement dans ce domaine : il faut ajouter de l'argent, mais on peut invoquer un argument moral pour dire qu'une partie de cet argent devrait être réinvestie. On peut invoquer des arguments en faveur d'un investissement. Le problème est que le gouvernement dépend de plus en plus de ces revenus et je m'intéresse particulièrement aux propos de M. Stockwell sur cette question. De concert avec M. David Kelly, j'ai rédigé des articles sur la possibilité de percevoir 0,05 \$ sur chaque consommation standard pour créer une sorte d'assurance contre le risque comportemental. Si l'on faisait cela en Ontario, les revenus tirés de cette taxe multiplieraient par deux et même davantage le montant actuellement consacré à l'ensemble du secteur des toxicomanies. Ce déséquilibre entre les revenus tirés de ces comportements et l'investissement dans les personnes affligées par des troubles est un énorme problème auquel il faut s'attaquer carrément. J'aimerais bien que l'on discute davantage de cette question aujourd'hui.

Je vais vous parler du rôle des familles et du soutien social. Je vais en traiter de manière générale, et aussi à partir de récentes expériences personnelles. Un collègue et moi-même avons travaillé au soutien des familles touchées par des troubles concurrents. Nous avons essayé de trouver de la documentation psychopédagogique novatrice. Une chose me frappe : les gens qui souffrent de toxicomanies ne sont pas seulement les personnes diagnostiquées, mais aussi les membres de leurs familles. Le diagnostic de dépendance a des conséquences pour eux également sur le plan de la santé à cause des soucis causés par un membre de la famille qui souffre d'une grave maladie mentale et de toxicomanie. En travaillant ainsi sur le terrain, j'ai rencontré des gens héroïques qui sont disposés à accompagner à long terme les gens qui causent des problèmes dans la vie de leurs familles. Nous devons travailler avec les familles de deux manières : d'abord en étant disponibles et en les aidant, et ensuite en prenant



families so that they stay well and then drawing on their resilience as part of the continuing social support that people will need is important.

There is such a role at the national level through a kind of clearing house for information and connections to afford people the opportunity to find what is available, perhaps including guidelines for family support. Certainly, we know from our experience in this work that when we get families together to talk about these things, they find it powerful in terms of drawing a great deal of strength — observing a set of twelve people who met weekly over a three-month period to talk about these things allowed us to see tangible changes in their functioning and sense of well-being. We had to include issues about their own self-care as a key ingredient, which is important to have in the policy.

We have been suspicious about mutual aid for a long time but there is a growing evidence base that there is something to this. We have noted that these supports produce outcomes as good as those for formal treatments. Another role for a national clearing house of information would be to encourage people to look to peer support of various kinds, not just Alcoholics Anonymous or Gamblers Anonymous. There are many support groups available to provide a range of possibilities. This should be encouraged and supported to mobilize people in a community-building way. That should be part of today's considerations. It begins to locate treatment in a spectrum, of which we are only one part; other elements need to be activated and committed to if we are to have a national impact on these issues.

I will speak to the treatment system and make the argument for integration of addictions and mental health. My question is: What does integration mean? Many institutions are administratively integrated but you have to pity the people who expect an integrated care hospital upon admission. Generally, physical health and mental health are good examples of this, such that it is like going from country to country when having to go from department to department for those programs. It would be wrong to think that if we administratively integrate everyone we will create a better world. Rather, we need to think about integration in a functional way.

There is one way to create integrated practices that do not necessarily require dismantling of well-functioning organizations and sectors. There are strong traditions in both addictions and mental health that we need to try to preserve, and there are many gaps that we need to improve. When we think of integration, we must think of it at the level of the client. If it is client-centred then everyone comes together to make a difference in the client's life. Thus, there would be an understanding on the part of all involved. These jurisdictions are interesting. We all believe in holistic values and yet we have this fragmented world. The issue for me is how to

conscience que les familles sont des ressources extraordinaires. Il est important d'aider les familles pour qu'elles restent en bonne santé et qu'elles puissent ainsi compter sur leur capacité de ressort qui devient un élément du soutien social dont les gens ont besoin.

Il existe un tel rôle au niveau national par l'entremise d'une sorte de centrale d'information et de réseautage permettant aux gens de trouver ce qui est disponible, peut-être notamment des lignes directrices pour l'aide aux familles. Il est certain que nous savons par expérience dans ce milieu que lorsque les familles se réunissent pour discuter de tout cela, elles y puisent énormément de force; pour avoir observé une douzaine de personnes qui se réunissent chaque semaine pendant trois mois pour discuter de leurs problèmes, nous avons pu observer des changements tangibles dans leur fonctionnement et leur sentiment de bien-être. Nous avons dû inclure comme ingrédient clé une préoccupation relative à leur propre mieux-être, et il est important d'en tenir compte.

Nous nous doutions depuis longtemps que les groupes d'entraide étaient valables, mais les faits s'accumulent de plus en plus et prouvent que c'est effectivement le cas. Nous avons remarqué que ces formes de soutien produisent des résultats aussi bons que les traitements officiels. Un autre rôle que pourrait jouer une centrale nationale d'information serait d'encourager les gens à chercher de l'aide parmi leurs pairs, et pas seulement chez les Alcooliques Anonymes ou les Joueurs Anonymes. Il existe beaucoup de groupes de soutien qui offrent tout un éventail de possibilités. Il faut encourager ce mouvement et mobiliser les gens de manière à renforcer les collectivités. Cela devrait faire partie des considérations abordées aujourd'hui. Il devient alors possible de situer le traitement local dans un continuum dont nous ne formons qu'une seule partie; il faut activer les autres éléments et prendre des engagements à cet égard si nous voulons exercer une influence nationale sur ces questions.

Je vais vous parler du système de traitement et plaider en faveur de l'intégration des services de toxicomanie et de santé mentale. Je pose la question suivante : qu'est-ce que l'intégration? Beaucoup d'établissements sont intégrés sur le plan administratif, mais il faut plaindre les pauvres gens qui s'attendent à recevoir des soins hospitaliers intégrés après leur admission. En général, la santé physique et la santé mentale en sont un bon exemple, à tel point qu'on a parfois l'impression de voyager d'un pays à l'autre quand on essaie de cheminer d'un département à l'autre pour suivre ces programmes. Il serait faux de croire que si nous intégrons tout sur le plan administratif, nous créerons nécessairement un monde meilleur. Nous devons plutôt envisager l'intégration sur le plan fonctionnel.

Il y a une manière de créer des pratiques intégrées qui n'exigent pas nécessairement de démanteler des organisations et des secteurs qui fonctionnent bien. Il y a de solides traditions dans le domaine des toxicomanies et de la santé mentale que nous devons essayer de préserver, et il y a aussi de nombreuses lacunes qu'il faut essayer de combler. Quand on parle d'intégration, il faut se situer au niveau du client. Si c'est axé sur le client, tous les intervenants peuvent travailler de concert pour essayer de faire une différence dans la vie du client. Ainsi, tous les intervenants auraient une même compréhension. Il est intéressant de se



go from holistic values to integrated practices. That is the practical challenge. The measure should be that there are demonstrated integrated practices and not just organizations that have been pushed together.

The organization that I work for was pushed together in a way, which has proven to be an interesting microscopic experiment. We realize that we have to make a continuing investment in our own integrated practices. We cannot simply sit back and rely on our name. We have a great deal of work to do to deliver integrated practices in our environment and be a resource that helps that to happen throughout the province and the nation. We need to switch the logic when we are looking at who is entering the specialized addiction and mental health systems. The systems are set up on the presumption that these people have primarily one problem or the other. People who work in those systems are good at dealing with one problem or the other. The logic should prevail that people coming into the addictions system and mental health system are more likely to have at least two co-occurring mental health and addiction problems. You should not have to prove that the person has one issue only. We live in a divided world these days, and so we see people coming in with complex problems who are being offered mono-directional solutions. That needs to be reversed, and there are ways of doing so. We need to be committed to a pragmatic way of working with people.

On Mr. Stockwell's comments about harm reduction, for people who have a straightforward issue whereby if they stop something everything will get better, you might want to say abstinence is the only solution. However, we are working with people with complex problems. There will be relapse issues and we have to have a longer trajectory of care that works with people over time. We need to start envisioning what a set of systems would look like that provides some of these integrated practices.

As a thinking tool and as way of wrapping up my comments, I want to introduce the quadrant model, which has been used by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration in the U.S. in their report to Congress in 2001. They recommended it as a thinking tool; it is not something based on evidence but a way of thinking about things.

If you look in my speaking notes, it is better to give you a visual representation of this. On page 4, you will see the quadrant model as it is described in the SAMHSA reports. I want to use it to make a few points.

pencher sur ces divers champs de compétence. Nous croyons tous en des valeurs holistiques, et pourtant nous avons ce monde fragmenté. À mes yeux, la question est de savoir comment passer de valeurs holistiques à des pratiques intégrées. Voilà le défi qui se pose sur le plan pratique. La mesure du succès devrait être la présence de pratiques intégrées et pas seulement d'organisations qu'on a forcé à s'amalgamer.

L'organisation pour laquelle je travaille a été créée ainsi de bric et de broc, ce qui s'est révélé une expérience microscopique intéressante. Nous nous rendons compte que nous devons continuer d'investir dans nos propres pratiques intégrées. Nous ne pouvons pas tout simplement nous asseoir sur nos lauriers. Nous avons beaucoup de travail à faire pour assurer une prestation intégrée de nos services dans notre environnement et devenir une ressource qui aide à réaliser cet idéal partout dans la province et le pays. Il faut inverser la logique quand on se penche sur les gens qui entrent dans les domaines spécialisés de la toxicomanie et de la santé mentale. Les systèmes sont établis à partir de l'hypothèse que ces gens-là souffrent essentiellement d'un problème ou d'un autre. Les gens qui travaillent dans ces systèmes sont bons pour s'occuper d'un problème en particulier. Il faudrait plutôt établir au départ que les gens qui entrent dans les systèmes de la toxicomanie et de la santé mentale ont probablement au moins deux troubles concurrents de santé mentale et de toxicomanie. On ne devrait pas avoir à prouver qu'une personne souffre d'un trouble unidimensionnel. Nous vivons dans un monde divisé de nos jours, et nous voyons donc se présenter des gens qui souffrent de problèmes complexes auxquels on offre des solutions unidimensionnelles. Il faut inverser cette logique et il y a des manières de le faire. Nous devons nous engager résolument dans une démarche pragmatique.

Sur les commentaires de M. Stockwell à propos de la réduction des méfaits, pour les gens qui ont un problème simple, c'est-à-dire qu'il leur suffit d'arrêter de prendre quelque chose pour aller mieux, on pourrait dire que l'abstinence est la seule solution. Cependant, nous travaillons avec des gens qui ont des problèmes complexes. Il y a inévitablement des rechutes et il faut établir une trajectoire plus longue pour les soins en travaillant avec les gens sur le long terme. Nous devons commencer à envisager la mise sur pied d'une série de systèmes qui permettraient d'assurer la prestation de telles pratiques intégrées.

À titre d'outil de réflexion et en guise de récapitulation, je voudrais vous présenter le modèle du quadrant, qui a été utilisé par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration des États-Unis dans son rapport au Congrès en 2001. Les auteurs recommandent cela à titre d'outil de réflexion; ce n'est pas fondé sur des faits, c'est simplement une manière de réfléchir à la problématique.

Si vous jetez un coup d'œil à mes notes, vous y verrez une illustration qui vous aidera à appréhender ce concept. À la page 4, vous y trouverez le modèle du quadrant tel qu'il est décrit dans les rapports de la SAMHSA. Je vais m'en servir pour faire quelques observations.



It says let us accept the fact that we have two systems and they are orthogonal; they are going in different directions. You have an addiction system and addiction clients and you have a mental health system and mental health clients; and you have a range of severities from low to high.

If we divide that into four quadrants, we will have one with low-severity problems but they do have mental health and addiction issues. You will have a quadrant with high addiction issues but low mental health issues and the reverse; and you will have another population with severe problems in both sets. How can we get this world organized so that even existing services can start to look at integrated practices?

If you look at the second slide and start to visualize this in a population view, you will see that the first quadrant, the low-low, has probably most people from a population perspective in that group. Most of our population have low to moderate mental health problems and/or addiction problems. The proper domain for dealing with those individuals is the primary community health care systems.

For people with moderate to high problems, the specialized system needs to be involved; but we need to keep in mind that fewer people have the more advanced problems. There are fewer people, but we know that the cost per case will be higher. They will need day treatments, in-patient treatments and detoxification centres.

If we go to the third slide and we want to start looking at integrated practices, without saying we have to rearrange the world and that we want to work with existing services, you could say for clients with low-low severity we should be looking to develop a community health care system that can screen for, identify and respond to these problems. Maybe they do not need specialized services. Maybe they need access to specialized services for consultation and support, but the site of delivery should be a community-based one, and it could be a generic one. It involves all the different sectors we have been talking about in terms of the particular populations — women, criminal justice and so forth.

When we look at people who have high addiction issues with low mental health problems, the lead agencies should be found in the specialized addiction system. However, they need to be connected to services that help them to provide integrated responses and the services need to be on the mental health side. Perhaps this fourth domain, of “specialized integrated,” as I call it, has not been created yet. We have teams that try to do it but maybe that is an area for development. The set of people who will need those services on a population basis will be the smallest, but we might have to be prepared to give them much more resource per case. We need to look at the ways they support clients as very

Cela consiste à dire qu'il faut accepter le fait que nous avons deux systèmes et qu'ils sont disposés de manière orthogonale; ils s'orientent dans des directions différentes. On a un système de toxicomanie et des clients toxicomanes, et l'on a un système de santé mentale et des clients souffrant de santé mentale; et il y a tout un éventail de gravité des problèmes.

Si l'on divise tout cela en quatre quadrants, on obtient un quadrant où l'on trouve des gens souffrant de problèmes de faible gravité, mais qui ont à la fois des troubles de santé mentale et de toxicomanie. On a d'autre part un quadrant où la toxicomanie est sévère, mais la santé mentale moins grave, et l'inverse; et l'on a un autre groupe qui souffre de problèmes graves dans les deux cas. Maintenant, comment organiser cet univers pour que même les services existants puissent commencer à ressembler à des pratiques intégrées?

Si vous passez à la deuxième diapo et commencez à visualiser tout cela en l'appliquant à un groupe donné, vous verrez que le premier quadrant, où les deux éléments se situent au bas de l'échelle, regroupe probablement la majorité des personnes visées. La plupart des gens que nous soignons ont des troubles de santé mentale ou des problèmes de toxicomanie qui sont dans les deux cas d'une gravité faible à modérée. Le cadre qui convient pour traiter ces gens-là, c'est le système communautaire de soins de santé de base.

Pour les gens dont les problèmes sont plus graves, le système spécialisé doit intervenir; mais il ne faut pas perdre de vue qu'un plus petit nombre de gens souffrent des problèmes les plus graves. Il y a moins de gens, mais nous savons que le coût unitaire est plus élevé. Ces gens-là ont besoin de traitements continus, de traitements en établissement et doivent être admis dans des centres de désintoxication.

Si l'on passe à la troisième diapo et que l'on se penche sur les pratiques intégrées, si l'on veut éviter d'avoir à réorganiser le monde et si l'on décide de travailler à même les services existants, on pourrait dire que pour les clients dont les problèmes sont de faible gravité sur les deux plans, nous devrions chercher à élaborer un système de soins de santé communautaire capable de faire le tri, de définir les problèmes et d'y réagir. Peut-être n'ont-ils pas besoin de services spécialisés. Peut-être ont-ils besoin d'avoir accès à des services spécialisés pour consultation et soutien, mais la prestation devrait se faire au niveau d'un service communautaire et dans un cadre générique. Cela met en cause tous les différents secteurs qu'on a évoqués, les divers groupes de population : les femmes, la justice pénale, et cetera.

Si l'on se tourne maintenant vers les gens qui ont de graves problèmes de toxicomanie et des problèmes de santé mentale mineurs, les principaux organismes chargés d'intervenir devraient se trouver dans le cadre du système spécialisé de toxicomanie. Cependant, il faut qu'il y ait un lien avec d'autres services susceptibles de les aider à fournir une réponse intégrée, et les services doivent se situer dans le secteur de la santé mentale. Peut-être ce quatrième domaine, que j'appelle celui des services « spécialisés intégrés », n'a pas encore été créé. Nous avons des équipes qui s'efforcent d'y parvenir, mais il y a peut-être lieu d'apporter des améliorations dans ce domaine. Le nombre de gens



extended. The ACT Team model of mental health demonstrates this. These teams are available for people for as long as necessary, including the life course. They have integrated addiction and mental health teams.

The final slide is on what types of care models we would be developing using existing mental health and addiction resources. This low-low quadrant needs consultative resources that specialized services can provide. The models for the high-low profiles are collaborative models, where you would have an identified lead. Then you need integrated care models, where you might have a single, confederated team to deal with people whose complex mental health and addiction issues require that you have solid resources available on a case-by-case basis.

If we look at this, one thing we could say — both as a credit and a complaint — is that the way we have provided care to now has been that people with complex problems have gotten help from these sectors in spite of that fact. That is a credit because it means many of these services have been willing to take people into care. However, they have not been geared up to deal with complexity; they have been geared up to deal with one problem or another. We need to build a system, through collaboration, integration and this consultative approach to the public health sector, where we are working with people because of their complexity, not in spite of it.

**Mr. Brian Grant, Director, Addictions Research Centre (PEI), Correctional Service Canada:** This is a great opportunity to speak about addictions within the context of the mental health/mental illness challenges.

As I mentioned in my introduction, I am the Director of the Addictions Research Centre in Montague, Prince Edward Island. This centre was established five years ago by Correctional Service Canada when it recognized that addictions were a severe problem that was not being addressed appropriately with the models that were in place at that time. We were not making progress in dealing with the addiction problems of our offenders. Our research at the centre is designed to meet the applied needs of the Correctional Service Canada, but we also work with partners in the community and many of those are represented here today.

My initial remarks are to set the stage as to what goes on within the correctional system. The correctional system is often much misunderstood, so some of these comments will give you an overview of what happens within federal corrections, in particular, on the addiction side and where the important issues within federal corrections are. Then I will get to some recommendations as to where we should focus.

ayant besoin de ces services est le plus restreint, mais peut-être devons-nous être prêts à leur donner plus de ressources individuellement. Nous devons voir de manière très large la manière dont on peut appuyer les clients. Le modèle de l'équipe communautaire de traitement actif pour la santé mentale en est l'illustration. Ces équipes sont disponibles pour aider les gens aussi longtemps que c'est nécessaire, durant toute la vie. Ce sont des équipes intégrées de toxicomanie et de santé mentale.

La dernière diapo illustre quels types de modèles de soins de santé nous devrions mettre au point en utilisant les ressources existantes consacrées à la santé mentale et aux toxicomanies. Ce quadrant doublement faible a besoin de ressources de consultation que les services spécialisés peuvent fournir. Les modèles pour la catégorie grave-mineure sont des modèles de collaboration, un chef de file étant identifié. Ensuite, il faut des modèles de soins intégrés, où l'on peut avoir une seule équipe confédérative chargée de traiter les gens dont les problèmes complexes de santé mentale et de toxicomanie exigent de solides ressources au cas par cas.

En réfléchissant à tout cela, on pourrait dire — à la fois pour s'en féliciter et s'en plaindre — que la manière dont nous avons dispensé les soins jusqu'à maintenant est telle que les gens souffrant de problèmes complexes ont reçu de l'aide de ces divers secteurs en dépit de ce fait. Il faut s'en féliciter parce que cela veut dire que beaucoup de ces services ont accepté de traiter certaines personnes. Cependant, ils n'étaient pas prêts à affronter cette complexité; ils ont été mis sur pied pour s'occuper d'un problème ou d'un autre. Nous devons établir un système, grâce à la collaboration, à l'intégration et à cette approche de consultation de l'ensemble du secteur de santé publique, nous permettant de travailler avec ces gens-là à cause de leur complexité et non pas malgré celle-ci.

**M. Brian Grant, directeur, Centre de recherche en toxicomanie (IPE), Service correctionnel Canada :** Cette audience me donne une excellente occasion de traiter de la toxicomanie dans le contexte de la problématique de la santé mentale.

Comme je l'ai dit dans mon introduction, je suis directeur du Centre de recherche en toxicomanie de Montague, à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce centre a été créé il y a cinq ans par Service correctionnel Canada quand on a pris conscience que les toxicomanies étaient un grave problème auquel on ne s'attaquait pas comme il le fallait à l'aide des modèles qui étaient en place à ce moment-là. Nous ne faisons aucun progrès dans le traitement des problèmes de toxicomanie de nos contrevenants. Nos recherches au Centre visent à répondre aux besoins appliqués du Service correctionnel Canada, mais nous travaillons aussi avec des partenaires du milieu dont beaucoup sont représentés ici aujourd'hui.

Je voudrais d'abord brosser un tableau général de ce qui se fait dans le système correctionnel. Le système correctionnel est souvent mal compris et je vais donc faire un survol de ce qui se passe dans les établissements carcéraux fédéraux, en particulier, dans le domaine des toxicomanies, et vous résumer les principaux problèmes dans le système correctionnel fédéral. Ensuite, je ferai des recommandations.



The Addictions Research Centre is a unique Canadian resource. It is the only correctional facility dedicated to doing research in the area of addictions. It was established to address the challenges posed by the large number of offenders arriving at our facilities with addiction problems. Through effective treatment and research, we can reduce the impact of addictions on the offenders, their families and our communities. Effective treatment contributes to safer Canadian communities.

Addiction, and in particular, the addiction to drugs and alcohol, represents a serious challenge for all correctional agencies. Most offenders entering federal prisons have problems with substance abuse, either alcohol or drugs, that contribute to their criminal behaviour. Research has shown that reducing dependence on drugs or alcohol reduces the likelihood that offenders will return to custody after they have been released.

In addition to the issues of crime associated with addictions, health issues are extremely important within the correctional service. Injection drug use contributes to the spread of diseases such as HIV/AIDS and hepatitis C. Reducing the demand for drugs will reduce the spread of these diseases within institutions, and from the institutional population to the communities when these individuals are released back into their home locations.

Since the Addictions Research Centre was created, a great deal of effort has been directed at developing partnerships with other organizations that are also interested in the problems of addictions. While more than three-quarters of offenders entering federal corrections abuse alcohol or drugs, these offenders are also part of the communities from which they come.

They include some of the higher-risk clients of community treatment agencies and frequently have the most serious addiction problems, having used a variety of substances from an early age.

Either before entering prison or after release they are likely to become part of the caseload of addictions agencies. By coordinating the efforts of Correctional Service Canada and community treatment agencies and understanding each other's perspectives, we are better able to meet the needs of offenders suffering from addiction problems.

A smaller percentage, but a significant number, of offenders also suffer from mental health problems. Many of these offenders are also addicted to drugs and alcohol and we must work to assist them with these challenges.

Our mental health facilities provide primary care for offenders with acute mental illness, but all offenders have access to treatment for addictions. The Correctional Service provides approximately 3,000 to 4,000 treatment activities each year; that

Le Centre de recherche en toxicomanie est une ressource canadienne unique. C'est le seul établissement correctionnel qui se consacre à la recherche dans le domaine des toxicomanies. Il a été créé pour répondre aux difficultés engendrées par le grand nombre de contrevenants ayant des problèmes de toxicomanie qui arrivent dans nos établissements. Grâce à des programmes efficaces et à la recherche, nous pouvons réduire les incidences des toxicomanies sur les contrevenants, leurs familles et nos collectivités. Un traitement efficace contribue à rendre les collectivités canadiennes plus sûres.

Les toxicomanies, en particulier la dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool, représentent un défi de taille pour tous les organismes correctionnels. La plupart des contrevenants qui entrent dans les prisons fédérales ont des problèmes de consommation de drogues et d'alcool qui contribuent à leur comportement criminel. La recherche a démontré qu'en réduisant la dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool, on réduit aussi le risque que les contrevenants soient incarcérés de nouveau après leur mise en liberté.

En plus de s'intéresser à la criminalité associée aux toxicomanies, le Service correctionnel accorde une très grande importance aux questions de santé. L'usage de drogues injectables contribue à la propagation de maladies comme le VIH/sida et l'hépatite C. Une réduction de la demande de drogues entraînera une réduction de la propagation de ces maladies dans les établissements ainsi que dans les collectivités quand les contrevenants retourneront chez eux après leur mise en liberté.

Depuis la création du Centre de recherche en toxicomanie, on a consacré beaucoup d'efforts à l'établissement de partenariats avec d'autres organismes qui s'intéressent aux problèmes de toxicomanie. Plus des trois quarts des contrevenants qui entrent dans les prisons fédérales sont de grands consommateurs d'alcool ou de drogues, mais ils sont aussi le miroir des collectivités d'où ils arrivent.

On y trouve une partie des clients des centres de traitement communautaires qui présentent les risques les plus élevés. Ils ont fréquemment les formes de dépendance les plus graves, car ils ont commencé à prendre toutes sortes de substances intoxicantes tôt dans leur vie.

Avant leur incarcération ou après leur mise en liberté, ils ont de bonnes chances d'être pris en charge par les organismes de lutte contre les toxicomanies. En coordonnant les efforts de Service correctionnel Canada et des organismes de traitement communautaires et en tenant compte des points de vue des uns et des autres, nous pourrions mieux répondre aux besoins des personnes aux prises avec un problème de toxicomanie.

Un pourcentage moins élevé, qui représente tout de même un nombre significatif de contrevenants, a aussi des problèmes de maladie mentale. Bon nombre de ces contrevenants ont aussi une dépendance à l'égard des drogues et de l'alcool et nous devons travailler pour les aider à affronter ces deux problèmes.

Les contrevenants souffrant d'une maladie mentale grave reçoivent des soins de première ligne dans nos établissements psychiatriques, mais tous les contrevenants ont accès au traitement des toxicomanies. Chaque année, entre 3 000 et



is, there are that many people involved in treatment programs. In addition, many more offenders participate in self-help groups like Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous. The level of treatment depends on the severity of their drug abuse problem. We offer programming at three levels of intensity — low, moderate and high. In addition, there are maintenance programs both in the institutions and in the community.

In addition, and recognizing some of the discussions around the table, the Correctional Service has, over the past few years, been developing programs that meet the needs of specialized groups of offenders. In particular, our women offenders' program, which has been fully implemented across the country, has been uniquely designed to meet their needs. We have also developed an Aboriginal program that uses cultural-based ceremony to address some of the challenges faced by Aboriginal offenders.

Research is a critical area for funding for development within the addictions community. Twenty-five years ago, Canada was a world leader in addictions research. It has fallen off that pedestal since. We have the people and the skills in Canada and we need to bring up the level of research we are doing so that we can be sure that what we are offering to Canadians through other kinds of treatment interventions is effective. Research is an investment that ensures that the product you deliver will be the best possible.

The other area that we need a lot of work on in Canada is coordination of effort. We have been seeing that a lot in the last few years, and that is a fantastic opportunity. That change has occurred through the leadership of CCSA and Health Canada. The national framework on substance abuse is an example of how we might be able to pull together.

I strongly endorse the concept that we need more research and more coordination of effort, bringing together the various groups that contribute to addressing the problem of addictions.

**Michel Perron, Chief Executive Officer, Canadian Centre on Substance Abuse:** Thank you, Mr. Chairman, and committee members. It is always an honour to appear before you.

On behalf of CCSA, I wish to congratulate you on your work to date. This is a daunting task. We know that there are many and varied needs. Everyone has an opinion; everyone knows that he or she is right, and you have to navigate through this and find a path forward.

I do think that you are on the right track. There are some tangible steps that can flow from this work that will make a difference to Canadians. Notwithstanding the immensely complex and complicated world we are dealing with, much can be done.

4 000 contrevenants reçoivent un certain niveau de traitement des toxicomanies assuré par Service correctionnel Canada. De plus, il y en a encore plus qui font partie de groupes d'entraide comme les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes. Le niveau de traitement offert dépend de la gravité de leurs problèmes de consommation de drogues. Nous offrons des traitements selon trois niveaux d'intensité : programme de faible intensité, programme d'intensité moyenne et programme intensif. Il y a aussi un programme de suivi à la fois dans les établissements et dans la collectivité.

De plus, conscient de la problématique évoquée autour de cette table, le Service correctionnel a établi ces dernières années des programmes spécialisés qui répondent aux besoins de certains groupes particuliers de contrevenants. En particulier, notre programme pour les femmes autochtones, qui a été pleinement mis en œuvre d'un bout à l'autre du pays, a été conçu exprès pour répondre aux besoins des femmes autochtones. Nous avons aussi mis au point un programme autochtone qui utilise des cérémonies culturelles pour répondre à certains défis auxquels font face les contrevenants autochtones.

La recherche est un domaine essentiel pour le financement et le progrès dans la communauté de lutte contre les toxicomanies. Il y a 25 ans, le Canada était un chef de file mondial dans la recherche sur les toxicomanies. Il a perdu beaucoup de son lustre depuis. Nous avons au Canada les compétences voulues et nous devons rehausser le niveau de recherche que nous faisons pour nous assurer que ce que nous offrons aux Canadiens dans le cadre de diverses interventions représente des traitements efficaces. La recherche est un investissement qui garantit que le produit offert est le meilleur possible.

L'autre domaine qui exige beaucoup d'efforts au Canada est celui de la coordination. On a vu beaucoup d'activités de ce côté ces dernières années et cela nous donne une extraordinaire occasion. Ce changement s'est produit sous la direction du CCLAT et de Santé Canada. Le cadre national sur les toxicomanies est un exemple de la manière dont nous pouvons rassembler nos forces.

À nos yeux, il est impératif d'effectuer davantage de recherche et de mieux coordonner les efforts déployés, afin que l'on réunisse les divers groupes qui combattent les toxicomanies.

**M. Michel Perron, directeur général, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies :** Je vous remercie, monsieur le président et membres du comité. Je me sens toujours honoré de pouvoir témoigner devant vous.

Au nom du CCLAT, je tiens à vous féliciter du travail que vous avez déjà accompli jusqu'à ce jour. Il s'agit vraiment d'une tâche d'envergure. Nous n'ignorons pas que les besoins sont nombreux et divers. Tout le monde a un avis sur le sujet, estime avoir raison, et il vous faut naviguer entre tout cela et tracer un chemin vers l'avenir.

Pour ma part, j'estime que vous êtes sur la bonne voie. Votre travail pourra déboucher sur des mesures concrètes qui feront avancer les choses. En dépit de l'extrême complexité du monde que nous habitons, nous pouvons effectivement faire beaucoup de choses.



*[Translation]*

The Canadian Centre on Substance Abuse is Canada's national non-governmental addictions agency, formed in 1988 by an act of Parliament, to address research and policy on substance use and abuse in Canada.

From our perspective, the Senate committee's examination of mental health, mental illness, and addiction in Canada highlights one of the most important issues affecting the addictions field today. We strongly agree that a more integrated, consistent and efficient system is needed to ensure the proper identification and timely delivery of evidence-based treatment services to clients challenged by mental illness and addiction.

We strongly endorse a model that is client-driven — as you mentioned in your first report — and one in which treatment accurately matches the client's needs, not only in terms of the severity of the problem, but with a view to the client's ethnicity, gender and age.

We believe that the committee's interim report sends an important message about mental health and addiction and today we would like to share with you our reasons for believing that.

*[English]*

Our position is quite clear. We fully support a new model for the coordinated delivery of mental health and addiction services to Canadians, and we believe that where appropriate, such a model requires a careful and strategic integration of approaches to treatment of mental health problems and addictions.

We also want to underscore that we need a national system rather than simply a federal or provincial one. The point made earlier about coordination is critical to how we wish to move ahead. We need a strong national system that brings into play not only governmental systems, but the not-for-profit sector and the private sector where appropriate.

As the committee is aware, a sizable proportion of individuals with a substance abuse problem also suffer from some form of serious mental illness such as schizophrenia or major depression. Indeed, research suggests that about one third of individuals who are dependent on alcohol also have a psychiatric diagnosis, while about half of those who abuse illicit drugs also have a mental illness.

It is important to note, however, that there is another stratum of individuals whose substance abuse is related to a less severe mental health issue and who often go unnoticed in discussions on concurrent or co-occurring problems. The model that was presented earlier shows that gradation of need.

*[Français]*

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a été fondé en 1988 grâce à l'adoption d'un projet de loi du Parlement. Le centre est l'organisme national non gouvernemental chargé de recommander des politiques en matière de consommation et d'abus de substances au Canada.

Selon nous, le fait que le comité sénatorial se penche sur la question de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie au Canada met en évidence l'une des plus importantes problématiques en matière de toxicomanie à l'heure actuelle. Nous croyons fermement qu'il est nécessaire de mettre en place un système de coopération intégré, cohérent et efficace permettant de déterminer les services de traitements factuels adéquats et de les offrir au bon moment aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Nous sommes fortement en faveur d'un modèle axé sur la clientèle — comme vous l'avez mentionné dans votre premier rapport — qui correspond aux besoins de la personne et qui tient compte tant de la gravité de son problème que de son origine ethnique, son sexe et son âge.

Le rapport intérimaire du comité véhicule un important message concernant la santé mentale et la toxicomanie et aujourd'hui, nous aimerions vous faire part des raisons qui nous amènent à penser ainsi.

*[Traduction]*

Notre position est on ne peut plus claire. Nous appuyons pleinement l'élaboration d'un nouveau modèle, qui offrira des services coordonnés aux Canadiens en matière de santé mentale et de toxicomanies, et nous estimons que, dans certaines circonstances, un tel modèle nécessite une intégration stratégique des diverses méthodes de traitement des problèmes de santé mentale et de toxicomanies.

Nous tenons aussi à souligner qu'il nous faut un système national plutôt que simplement fédéral ou provincial. Ce que nous avons dit plus tôt au sujet de la coordination est aussi d'une importance tout à fait primordiale pour notre avenir. Nous avons besoin d'un système national fort qui regroupe non seulement les systèmes gouvernementaux mais aussi les secteurs à but non lucratif et privé, selon les besoins.

Le comité n'ignore pas qu'une forte proportion de toxicomanes souffrent aussi d'une forme grave de maladie mentale comme la schizophrénie ou la dépression majeure. Selon les recherches, près d'un tiers des alcoolodépendants ont reçu un diagnostic psychiatrique et près de la moitié des consommateurs de drogue souffrent d'une maladie mentale.

Il est important de noter qu'il existe un autre groupe de personnes dont la consommation est liée à un problème de santé mentale de moindre importance et dont la situation passe souvent inaperçue lorsqu'on parle de troubles concomitants ou coexistants. Le modèle présenté plus tôt illustre d'ailleurs cette gradation des besoins.



*[Translation]*

Second, it is our perception that the mental health and addictions treatment systems in Canada frequently operate in mutual isolation with little or no communication, collaboration or sharing of ideas — much less any clinical coordination of client treatment and care. Despite the complex interplay of mental illness and addictions, it appears that mental health professionals rarely look beyond a client's mental health issues, while addictions professionals tend to see only the client's substance abuse problem.

Clients with needs in both spheres are frequently bounced back and forth with no comprehensive and logical treatment plan. Clearly, this does not constitute optimal client care, nor is it efficient or cost-effective.

*[English]*

We have, however, witnessed amazing strides in the development of integrated theory and evidence-based practice in addictions in the past 10 to 15 years, with much of this work contributed by Canadian researchers and practitioners. The evolution of theory and practice development has brought the field of addictions into the 21st century, making collaboration with the mental health field all the more possible. In fact, we would argue that cross-fertilization has already started. Many recent developments in addiction treatments, such as relapse prevention and motivational interviewing, have been quickly adapted for use in a broad range of health and mental health settings.

Finally, new developments and advances in the biology and genetics of addictions are sparking technological innovation that warrants a meeting of the minds, in particular between the fields of health and addiction, as we look ahead. From our perspective, mental health and addiction partnerships are the logical way forward and we predict that the field of addictions will be transformed dramatically in the next 10 to 15 years.

*[Translation]*

However, while closer collaboration between mental health and addictions offers a clear benefit, it is also important to recognize the uniqueness of each field, and that addictions cannot simply be subsumed within mental health or vice versa. While there is clearly overlap and commonality among some methods and approaches, the behaviour associated with alcohol and drug consumption, problematic gambling, and other addictions is unique and requires specialized intervention.

*[Français]*

Deuxièmement, il arrive souvent que les systèmes de traitement en santé mentale et toxicomanie au Canada fonctionnent dans l'isolement. On y remarque peu de communication, de collaboration ou de partage des idées et encore moins de coordination clinique des traitements et des soins aux personnes. Malgré l'interaction complexe existant entre la santé mentale et les toxicomanies, il semble que les professionnels de la santé mentale vont rarement au-delà des problèmes de santé mentale d'un patient alors que les professionnels de la toxicomanie sont enclins à se préoccuper uniquement des problèmes de toxicomanie du bénéficiaire.

Les personnes dont les besoins relèvent des deux domaines de compétence sont souvent renvoyés d'un système à l'autre sans un traitement complet de soin logique. De toute évidence, il ne s'agit pas ici d'une façon optimale, efficace et rentable, en particulier puisque nous parlons beaucoup des coûts pour traiter ces personnes.

*[Traduction]*

Cela dit, au cours des 10 à 15 dernières années, l'élaboration de théories intégrées et de pratiques factuelles a accompli des progrès remarquables en matière de toxicomanie, et cela est dû en grande partie au travail réalisé par des chercheurs et des praticiens canadiens. Cette évolution dans l'élaboration de pratiques et de théories a permis au domaine des toxicomanies d'entrer dans le XXI<sup>e</sup> siècle, ce qui favorise davantage la collaboration avec le domaine de la santé mentale. En fait, nous pourrions affirmer qu'une interaction fructueuse a déjà débuté : de nombreux développements récents dans le traitement des toxicomanies, comme la prévention structurée de la rechute et l'entrevue motivationnelle, ont été rapidement adaptés et sont employés dans divers centres de santé et de santé mentale.

Enfin, les nouveaux développements et progrès réalisés en biologie et en génétique des toxicomanies sont à l'origine d'innovations et de progrès technologiques qui justifient en quelque sorte l'établissement d'un consensus entre les domaines de la santé mentale et des toxicomanies. À notre avis, les partenariats entre les secteurs de la santé mentale et des toxicomanies représentent la prochaine étape logique, et nous prévoyons que le domaine des toxicomanies évoluera de façon spectaculaire au cours des 10 ou 15 prochaines années.

*[Français]*

Par contre, même si une étroite collaboration entre les domaines de la santé mentale et des toxicomanies présente un avantage, il est également important de reconnaître le caractère unique de chaque domaine et le fait que les toxicomanies ne peuvent pas être simplement assimilées à la santé mentale ou le contraire. Même si les méthodes et les approches se chevauchent visiblement et ont des points communs, le comportement associé à la consommation d'alcool et de drogues, aux problèmes de jeu et d'autres dépendances, est particulier et nécessite une intervention spécialisée.



Further, the backgrounds and professional credentials of those who deliver mental health and addictions services are often different, as Mr. Wilbee mentioned. Whereas more mental health professionals hold advanced post-graduate degrees than those working in addictions, there are more addictions service providers who themselves were involved with substance abuse. Our recent survey of the addictions treatment workforce in Canada bears this out: 60 per cent of addictions workers had a university degree — mainly in nursing and social work — but only 17 per cent had a master's degree. On the other hand, 19 per cent to 46 per cent of workers reported a personal history of substance abuse.

By contrast, it is our observation that the majority of mental health professionals hold advanced degrees, including doctorates in psychology and psychiatry. We believe that these differences in professional training have the potential to hinder collaboration, but they could also be viewed as holding considerable promise for innovative approaches to mental illness and addictions involving the use of professionals and paraprofessionals alike.

[English]

As has been pointed out, CCSA has collaborated with Health Canada and many other partners recently to develop a national framework for action to reduce substance use and abuse and, essentially, to coordinate the work that is happening across this country. The framework contains a vision statement, clear principles of the goal and a list of priority areas where action can lead to concrete and measurable results. This is a comprehensive model that reflects a full range of approaches that was referred to earlier as well, from health promotion, detection and prevention, to treatment, enforcement and harm reduction. At the heart of this model are partnerships with key stakeholders.

I mentioned to Senator Cochrane that we have a poster up at the office that says: "Ready, fire, aim." That seems to at least replicate a little how we approached this problem in the past, notwithstanding good intentions; that there is such a visceral need to address the key problems that sit on our table and come through our doors every day that we do not necessarily take that step back. While the framework can be characterized as a little obtuse or esoteric, it is meant to be a starting point under which we can marshal our efforts. It is not done at the behest of working on real issues.

A number of priorities have arisen that need particular attention, such as First Nations populations. In addition, the issue of stigma is one that we are wrestling with and there will be a workshop on this in short order, led by our colleagues in British Columbia. We are dealing with issues of language, which are a huge impediment in our field. While seemingly innocuous, these issues are precipitating some of the collaboration problems.

De plus, il existe souvent des différences dans les antécédents et les compétences professionnelles des fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie, comme l'a mentionné M. Wilbee. Même si un plus grand nombre de professionnels de la santé mentale sont titulaires d'un diplôme d'études supérieures que ceux travaillant dans le domaine des toxicomanies, un plus grand nombre d'intervenants en toxicomanie ont vécu une expérience personnelle de toxicomanie. Cette situation a été confirmée dans notre récente enquête sur la main-d'œuvre affectée au traitement des toxicomanies au Canada. Ainsi, 60 p. 100 des intervenants en toxicomanie possèdent un diplôme universitaire, principalement en sciences infirmières et en travail social, mais seulement 17 p. 100 sont titulaires d'une maîtrise. D'un autre côté, 19 à 46 p. 100 des intervenants ont affirmé avoir des antécédents personnels d'abus de substances.

Nous avons d'autre part noté que la majorité des professionnels de la santé mentale possède des diplômes d'études supérieures, notamment des doctorats en psychologie et psychiatrie. Nous croyons que ces différences dans la formation des professionnels pourraient entraver la collaboration, mais qu'elles pourraient également se révéler très prometteuses pour ce qui est de mettre en place des approches novatrices en santé mentale et en toxicomanie, avec la participation des professionnels et du personnel para-professionnel.

[Traduction]

Ainsi qu'on l'a déjà dit, le CCLAT a récemment collaboré avec Santé Canada et avec bon nombre d'autres intervenants afin d'élaborer un cadre national d'action visant à coordonner le travail sur la consommation et l'abus de substances réalisé partout au pays. Le cadre inclut une déclaration de vision, des principes et buts clairs et une liste de domaines prioritaires qui permettraient d'arriver à des résultats concrets et mesurables. Il s'agit d'un modèle général qui tient compte d'une gamme complète d'approches, que ce soit de la promotion de la santé au dépistage, en passant par le traitement, l'application de la loi et la réduction des méfaits. Des partenariats solides avec des intervenants clés sont au cœur de ce modèle.

J'ai dit au sénateur Cochrane que sur une affiche dans notre bureau, on peut lire : « Prêt, feu, en joue ». Cela illustre assez bien la manière dont nous avons abordé le problème dans le passé, en dépit de nos bonnes intentions; certains problèmes quotidiens sont tellement urgents que parfois, nous ne prenons pas le recul nécessaire. On peut trouver le cadre d'action plutôt complexe ou difficile à saisir, mais il est conçu comme le point de départ de nos efforts. Il ne répond pas à des cas concrets.

Certaines priorités méritent une attention toute particulière, comme la situation des Premières nations et le problème de la stigmatisation sociale, sur lequel nos collègues de Colombie-Britannique vont d'ailleurs tenir un colloque très bientôt. Nous nous penchons également sur les questions de langue, qui sont un important obstacle dans notre domaine. Ces questions ont beau paraître anodines, elles engendrent tout de même des problèmes de collaboration.



One of the priorities that should be in the framework is on concurrent disorders. At least that is an area where we can say that this is where the merging is needed. We have to sit down and, as a first step, try to see how we can address that issue.

The national framework is a model that could be applied to, or at least inspire, some of the work around mental health and addictions. My colleagues and I would provide more information if you feel that is appropriate.

In closing, the development of a new system-level model for a collaborative approach to mental health and addictions will involve a detailed review of the way in which funding is sourced, allocated and managed. We believe that funding for research is critical to forming new approaches to service delivery to Canadian consumers and to evaluating their efficacy. The need for increased research on early detection and prevention work and for a national information database has come to mind as an important target for funding.

We often fund way downstream, and we need to conceptualize the value-added return on investment for funding upstream. Funding upstream is not as sexy, if I can use that term, simply because it does not provide that immediate return on investment, at least a visible one, particularly at the political level.

[Translation]

We appreciate the opportunity that the committee has given us today to present our views on mental health and addiction in Canada. We believe that the mental health and addictions systems are at a crossroads and we are excited about the prospects for developing an integrated approach that will better address the needs of Canadians.

We are prepared to assist and support you and your colleagues in any way that we can as you consider changes to the mental health and addictions system in Canada.

[English]

You are being asked to do it all, essentially. Everything is a priority. There is a need for new monies. That said, it needs to be organized well. There is a significant amount of money being spent on this system or this collection of systems, as your report points out.

How can we ensure that we are not all doing “ready, fire, aim?” How can we ensure that we are undertaking the right roles and responsibilities as key constituents in this field is where the focus needs to reside.

While there is a need to aggregate different types of addictions and so forth, you can get to such a high level of aggregation, you wonder who owns it. That is one of the inherent challenges. At the end of the day, systems that sit below policy discussions are the antithesis to collaboration. Budgets are not funded that way. Organizations are not performance rated along those lines. Addressing those key underpinnings that might prevent that collaboration is needed as we move along.

Parmi les priorités à inscrire dans le cadre d'action, il faudrait qu'il y ait aussi les troubles concomitants. Au moins à cet égard, nous pouvons d'emblée dire que la convergence s'impose. Il faut donc que nous en discutions afin de voir comment agir.

Le cadre national est un modèle qui pourrait être appliqué au travail portant sur la santé mentale et les toxicomanies, ou l'inspirer. Mes collègues et moi-même fournirons volontiers de plus amples renseignements là-dessus si vous le souhaitez.

En conclusion, la mise en place d'un nouveau modèle de systèmes favorisant une approche collaborative de la santé mentale et des toxicomanies passera par un examen détaillé du financement, de ses sources ainsi que de la manière dont il est alloué et géré. À notre avis, le financement de la recherche est un élément essentiel qui contribue aux nouveaux mécanismes de prestation de services aux Canadiens et à l'évaluation de leur efficacité. À titre d'exemple, je pense qu'il y aurait lieu de financer davantage de recherches sur le dépistage précoce et la prévention ainsi que la création d'une base de données nationale.

Souvent, nous soutenons des activités en aval, et il faudrait pourtant que nous comprenions la plus-value que représente le financement en amont. Ce n'est pas aussi attirant, tout simplement parce que ça ne rapporte pas immédiatement, tout au moins de manière tangible, et surtout sur le plan politique.

[Français]

Nous apprécions l'occasion qui nous a été offerte par le comité de présenter notre point de vue aujourd'hui sur les problèmes de santé mentale et de toxicomanie au Canada. Nous croyons que les systèmes de santé mentale et de toxicomanie sont à la croisée des chemins et nous nous réjouissons à l'idée de mettre en place une approche intégrée qui permettra de mieux répondre aux besoins de la population canadienne.

Nous sommes prêts à vous aider et à vous appuyer, vous et vos collègues, autant que faire se peut, lorsque vous considérez les changements qui pourraient être apportés au système au Canada.

[Traduction]

En somme, on vous demande de tout faire. Tout est prioritaire. On a besoin d'une injection de nouvelles sommes. Cela dit, il faut que les choses soient bien organisées. À l'heure actuelle, ainsi que le précise votre rapport, des montants élevés sont déjà dépensés pour ce système ou cet ensemble de systèmes.

Comment faire pour ne pas retomber dans l'ancienne formule? Nous assurer que nous assumons les bons rôles et les bonnes responsabilités comme intervenants clés dans ce domaine devrait constituer notre objectif.

Bien qu'il faille regrouper diverses formes de toxicomanies et le reste, lorsqu'on fusionne intensivement, on se demande parfois qui assume quelle responsabilité. C'est un des problèmes inhérents à cela. En fin de compte, des systèmes qui sont tributaires de discussions sur les politiques ne favorisent pas la collaboration, bien au contraire. Ça n'est pas ainsi qu'on finance les budgets. On n'évalue pas les organismes selon ces critères-là. Il faut donc qu'au fur et à mesure que les choses évoluent, nous nous penchions sur les obstacles sous-jacents à la collaboration.



With that, I will close and thank you for your attention.

**Staff Sergeant Michel Pelletier, Director, Drug Awareness Services, Royal Canadian Mounted Police:** Honourable senators, first let me apologize for my tardiness in preparation. I had to deal with the loss of one of my colleagues and with coordinators in Whitehorse overnight. However, I felt it was important to come here to answer your questions and I am humbled by the invitation.

This morning I represent both the RCMP and the Canadian Association of Chiefs of Police as the technical adviser to their drug abuse committee.

My career spans over 30 years. During that time, I have been engaged in a balanced approach. In Montreal I worked in enforcement, the traditional role of policing, and supply reduction. The latter part of my career has been as Director of Drug Awareness Services in Canada, with the RCMP and the CACP.

I take a more pragmatic approach to some of my colleagues around the table with whom I have been happy to deal and collaborate with over the years. I come here first to clearly identify where the police find their role in addictions and mental health.

Policing has traditionally been seen as having an enforcement role. The reality is that policing is prevention and enforcement, and we have also been diverting people to treatment. Treatment may be globalized as harm reduction. When we talk about dealing with people, which I did when stationed in Montreal and worked at a treatment centre in Portage, in today's world we divert them to treatment. There are often times when we have to ask where we can divert these people.

I looked at the questions that you proposed, and one of the weaknesses that I see is that we need more treatment; specifically, the priority should be for youth.

Traditional policing also looks at abstinence as the way to treat people. We leave that for our health experts to decide. However, when we look at the importance of treatment, we look at diverting young people to treatment. When we look at your second question, we see fetal alcohol syndrome as a major problem, and that is being addressed presently by the government. There is a need for additional resources in that area and to ensure that people are familiar and used to working with the Aboriginal communities.

Even on the enforcement side, we need training in how to deal with people who have FAS/FAE, for instance, in terms of interrogation. On the prevention arm, we find we have a

Je vais m'arrêter ici tout en vous remerciant de votre attention.

**Sergent-chef Michel Pelletier, directeur, Service de la sensibilisation aux drogues, Gendarmerie royale du Canada :** Honorables sénateurs, j'aimerais d'abord m'excuser d'avoir tardé à me préparer. J'ai dû m'occuper de la perte d'un de mes collègues et au cours de la nuit, j'ai fait affaire avec des coordonnateurs de Whitehorse. J'ai toutefois estimé qu'il était important de venir ici afin de répondre à vos questions, et je me sens très humble devant une telle invitation.

Ce matin, je représente à la fois la GRC et l'Association canadienne des chefs de police, à titre de conseiller auprès de son comité de l'abus des drogues.

Ma carrière s'étend sur plus de 30 ans pendant lesquels j'ai suivi une démarche équilibrée. À Montréal, j'ai travaillé dans les services d'exécution de la loi, ce qui correspond au rôle traditionnel des corps policiers, et de réduction de l'offre. Les dernières années, j'ai été directeur du Service de la sensibilisation aux drogues au Canada, à la GRC et à l'ACCP.

Ma démarche est plus pragmatique que celle de certains de mes collègues ici présents et avec lesquels j'ai eu le plaisir de collaborer au cours des années. Je viens ici d'abord pour cerner clairement le rôle de la police en ce qui a trait aux toxicomanies et à la santé mentale.

Dans le passé, on a estimé que la police était chargée de l'exécution de la loi. Dans les faits toutefois, les services policiers s'occupent de prévention et d'exécution, et nous avons aussi orienté les gens vers des services de traitement. On pourrait dire que ces traitements correspondent à la réduction des méfaits. On parle de contact avec la population, fonction que j'ai exercé lorsque j'étais en poste à Montréal puis dans un centre de traitement à Portage, et aujourd'hui, cela signifie orienter les gens vers des services de traitement. Or il nous arrive souvent de devoir demander où nous pouvons les envoyer.

J'ai examiné les questions que vous avez proposées, et l'une des faiblesses que j'y vois, c'est qu'on ne parle pas du fait que nous avons besoin de plus de traitements; de façon plus précise, il en faudrait prioritairement pour les jeunes.

Dans l'exercice traditionnel des fonctions policières, on considère aussi l'abstinence comme une façon de traiter les gens. Je m'en remets cependant aux spécialistes de la santé à cet égard. Quoi qu'il arrive, lorsque nous reconnaissons l'importance des traitements, c'est que nous cherchons à y envoyer des jeunes. Maintenant, au sujet de votre deuxième question, à nos yeux, le syndrome de l'alcoolisme fœtal est un problème grave, dont le gouvernement s'occupe d'ailleurs maintenant. Il faudrait toutefois qu'on y affecte davantage de ressources afin que les gens connaissent bien les collectivités autochtones et apprennent à travailler avec elles.

Même par rapport à notre travail d'exécution, nous avons besoin d'une formation plus poussée afin de savoir comment faire affaire avec les gens qui souffrent du syndrome de l'alcoolisme



role to deliver that kind of prevention to young men and women who are affected by FAS/FAE.

The colleagues I have worked with will know that one of my pet peeves is neonatal abstinence syndrome, which is caused by utilizing drugs during pregnancy. It is critical we have more research done in that area. Our common sense tells us that if there are effects on newborns because of smoking and alcohol, that the use and abuse of drugs will also cause symptoms. We are looking at prevention from the very beginning.

I want to thank the addictions people with whom we have worked over the years. In the Drug Awareness Services we have had the important collaboration from all provincial addiction agencies in developing prevention programs for police officers. In essence, we have been your pony express. You have been able to help us develop the messages and we have gone out and delivered them. We hope to continue to do that.

I intend to stay as long as I can today to answer your questions. However, I know that much is out of my area of expertise when it comes to the issues of health and addictions.

**The Chairman:** I have asked Dr. Stockwell and Mr. Kelly, and I am now asking Mr. Perron, because the three of them in various capacities have costed out the impact of the proposal for a nickel a drink and translated it into dollars, whether that means just alcohol served in bars and restaurants, or whether it means you treat a bottle of wine bought in an LCBO store as four drinks and therefore is that 20 cents, et cetera. Dr. Stockwell will do it, but I know some of it is being done for Mr. Perron's organization.

This committee has always made a point of not only costing its recommendations but saying where the money should come from. We were roundly attacked for suggesting last time that the health care system needed an extra \$5 billion, which is what the government ultimately gave, and that it ought to be raised through a national health insurance premium. It was simply because we should offer a way of doing it and, second, it was our view that the way you would begin to get Canadians to understand that health care is not absolutely free, which is the current perception, is if there was an earmarked tax targeted at providing them with the service. Even if the government did not need the money they could lower taxes somewhere else and have a national health insurance premium. For a variety of reasons that has not happened, although I am willing to bet that in our lifetime it does.

If we are to propose new money, which obviously the system needs, the way to do it is with a targeted tax, and we can figure out whether the nickel is the right number once we know the cost

foetal et des effets de l'alcoolisme foetal, par exemple, afin de savoir comment les interroger. Au sujet du volet prévention, nous estimons avoir notre part à faire auprès des jeunes hommes et des jeunes femmes qui sont déjà affectées par ces deux syndromes.

Les collègues avec qui j'ai travaillé savent bien que l'une de mes bêtes noires, c'est le syndrome de l'abstinence néonatal, qui résulte de la consommation de drogues pendant la grossesse. Il est essentiel qu'on effectue davantage de recherches là-dessus. Si les nouveau-nés souffrent en raison du tabagisme et de la consommation d'alcool de leurs parents, il tombe sous le sens que l'abus de drogue lui aussi entraînera des symptômes. Nous envisageons donc une action préventive dès le début.

Je tiens à remercier les spécialistes des toxicomanies avec lesquels nous avons collaboré au cours des ans. Le Service de la sensibilisation aux drogues a pu compter sur une sérieuse collaboration de la part de tous les organismes provinciaux de lutte contre les toxicomanies pour élaborer des programmes de prévention destinés aux agents de police. Au fond, nous vous avons servi de service de livraison. Vous nous avez aidés à concevoir les messages puis nous les avons livrés. Nous espérons pouvoir continuer dans cette voie.

J'ai l'intention de rester aussi longtemps que possible aujourd'hui afin de répondre à vos questions. Toutefois, je n'ignore pas bon nombre des sujets que vous abordez dépassant mes connaissances en matière de santé et de toxicomanies.

**Le président :** Ainsi que je l'ai fait avec M. Stockwell et M. Kelly, je demande à M. Perron, puisque les trois à divers titres ont évalué l'impact d'une proposition visant à imposer une taxe de cinq cents par consommation et l'ont traduite en dollars, si cela vise seulement l'alcool servi dans les bars et dans les restaurants ou une bouteille de vin achetée dans une régie des alcools, qui compte alors pour quatre consommations et 20 cents, et cetera. M. Stockwell va le faire, mais je sais qu'une partie de cette évaluation est faite pour l'organisme de M. Perron.

Notre comité a toujours insisté pour établir les coûts correspondant à ses recommandations et aussi préciser d'où le soutien financier devrait provenir. Lorsque nous avons estimé que le système de santé avait besoin de 5 milliards de dollars de plus, on nous a attaqués sans ménagement, mais en fin de compte, cela correspond au montant que le gouvernement a fini par verser, et qui devrait être obtenu grâce à un système national de primes d'assurance. Si nous avons proposé cela, c'était qu'il fallait montrer comment on pouvait s'y prendre, et qu'en second lieu, nous estimions que pour faire comprendre aux Canadiens que, contrairement à la perception actuelle, les services de santé ne sont pas gratuits, il fallait associer une taxe aux services fournis. Nous estimions que même dans les cas où le gouvernement n'aurait pas besoin de l'argent, il pourrait abaisser les taxes ailleurs et créer un système de primes nationales d'assurance-maladie. Pour diverses raisons, il ne l'a pas fait, bien que je sois prêt à parier que cela viendra au cours de notre vie.

Si l'on propose l'affectation de nouveaux fonds, ce dont le système a manifestement besoin, il faudrait obtenir cet argent au moyen d'une taxe ciblée, et nous pourrions voir si les 5 cents



of our recommendations. I asked Dr. Stockwell to do it with help from Mr. Kelly and Mr. Perron, and it needs to be before the November deadline.

I have heard some mixed views on the question of whether to integrate or not. Mr. Skinner's comments and his charts are a middle ground, in that they indicate the quadrant approach, which works, and I would like to know are we at the two ends of either integrate services or not? What is the other reaction to the quadrant approach? Is that the way to go?

I open that up for comments. Does anyone have any views?

**Mr. Grant:** It is an interesting question and I had some answers to your five questions in my documents. I did not go through those, but it came up in my department as I was preparing to come to the committee because in my notes I suggested there are problems with fully integrating because very often, addictions get overshadowed by the mental health side.

As you might expect, our people responsible for mental health did not like the fact that I was inconsistent with their approach. I was asked, "Are you against this?" The answer is no. There is no reason to be against integration where it results in improved service for the client.

That is in that upper right-hand quadrant in Mr. Skinner's diagram, where you have a serious mental health problem and a serious addiction problem. It makes a lot of sense to have a fully integrated approach.

There are a great many people in that area. In Mr. Skinner's report, he talks about collaborative care, where you might have a high addiction problem but not a severe mental health problem. That is where we find ourselves in Corrections. While 80 per cent of our people who are suffering from mental health problems also have some kind of problem with drugs and alcohol, only 20 per cent of those who have a drug and alcohol problem also have a mental health problem. It depends on how you look at the picture.

**The Chairman:** Twenty per cent of those with a drug and alcohol problem also have a mental health problem.

**Mr. Grant:** Yes. Those are the people that an integrated care model might approach. A large number of our offenders who have a drug and alcohol problem do not have a mental health problem that has been identified in the past. A large number of people do not need to be addressed with services through a complex health model. They can be addressed through a much more effective addictions treatment approach.

choisis comme unité de calcul sont adéquats, une fois que nous connaissons le coût de nos recommandations. J'ai demandé à M. Stockwell de s'en occuper, avec l'aide de MM. Kelly et Perron, et qu'on nous fournisse cela avant l'échéance du mois de novembre.

J'ai entendu des avis assez partagés sur la question de savoir s'il faut intégrer les services ou non. Les observations de M. Skinner et ses tableaux illustrent une position médiane, utilisant la démarche par quadrant, qui fonctionne, et j'aimerais savoir si nous sommes aux deux extrémités de la gamme par rapport à l'intégration des services? Comment a-t-on réagi ailleurs à la démarche du quadrant? Est-ce ainsi qu'il faut procéder?

J'aimerais savoir ce que vous en pensez. Est-ce que quelqu'un veut prendre la parole là-dessus?

**M. Grant :** La question est intéressante, et on trouvera certaines réponses à vos cinq questions dans mes documents. Je n'ai pas parcouru cela, mais la question a été soulevée dans mon ministère lorsque je me préparais à venir témoigner devant votre comité, car dans mon texte, j'ai estimé que la pleine intégration des services peut faire problème du fait que souvent, les toxicomanies sont reléguées au second plan par rapport aux problèmes de santé mentale.

Vous comprendrez sans peine que nos spécialistes de la santé mentale n'aimaient pas le fait que je m'éloignais de leur démarche. On m'a demandé si j'étais contre. La réponse est non. Il n'y a aucune raison qui justifie de s'opposer à l'intégration des services lorsque cette dernière améliore la prestation à la clientèle.

On trouve cette justification dans la case en haut à droite du diagramme en quadrant de M. Skinner, où il y a en même temps de graves problèmes de santé mentale et un grave problème de toxicomanie. Il est alors tout à fait sensé de favoriser une démarche pleinement intégrée.

Il y a beaucoup de gens dans ce domaine. Dans le rapport de M. Skinner, il est question de soins offerts en collaboration, plus précisément dans les cas où quelqu'un peut souffrir d'une grave toxicomanie mais d'un léger problème de santé mentale. Telle est notre situation au Service correctionnel. Il est vrai que 80 p. 100 de nos clients qui souffrent de problèmes de santé mentale éprouvent aussi des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, mais seulement 20 p. 100 de ceux qui souffrent d'un problème de consommation de drogues et d'alcool ont aussi un problème de santé mentale. Cela dépend donc de la façon dont vous envisagez la situation.

**Le président :** Vingt pour cent de ceux qui souffrent de problèmes de consommation de drogues et d'alcoolisme connaissent aussi des problèmes de santé mentale.

**M. Grant :** Oui. C'est ce genre de personnes qu'un modèle de soins intégrés pourrait traiter. Cela dit, un nombre élevé de nos détenus ayant des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme ne souffre pas de problèmes de santé mentale déjà diagnostiqués. Beaucoup de gens n'ont donc pas besoin d'être traités grâce à des services offerts par un modèle de santé complexe. Ils peuvent être traités grâce à une démarche beaucoup plus efficace qui se concentre sur les toxicomanies.



**Mr. Purvis:** Regrettably for me, Mr. Skinner is far better spoken than I am. I do not think we disagree. The term Mr. Skinner used was "functional integration." I do not think anyone disagrees with functional integration. What we disagree with is systemic or administrative integration for the sake of it.

We believe every door should be the right door. This should not be a burden for our consumers. No matter where you wind up for service, the service you need should be provided there. We should build capacity both within the systems of addictions and the systems of mental health. We should have knowledge of the most current co-morbid situations. We should have a fully integrated, fourth quadrant, severe-problem team. No one is disagreeing with that. The way I represented that initially was done better by Mr. Skinner. If you look at it as functional versus systemic integration, no one disagrees with functional integration

**Mr. Stockwell:** I take those two points. I think the quadrant model lays out the reality of the problems that have to be responded to. There are great numbers of people with just mental health problems, and you have to manage the substance use issues there, their addiction with a small "a" rather than big "A," and vice versa. When people are controlling their substance use problems, there are many emotional and mental health issues to deal with, but they are not often at the diagnostic level. If you chart people's mental health when they come off alcohol or heroin or cocaine, what they present with at intake is more severe than two months or six weeks down the track, because as they come off their substances, depression and anxiety and a range of other mental health issues sometimes have just vanished. Usually, they are far less problematic than they were. This dynamic we often hear about is what percentage of people with mental health issues have addiction problems, and what percentage of people with addictions have mental health problems. It is all in flux. In managing either, you need to be aware of the other

How we organize our services to respond to that reality has been summed up well. We need the systemic with some separate administrative. We need someone to speak out for the field so it is not lost within a big mental health bureaucracy, but we also need that integration to happen functionally.

In Canada, there has been a bit of a loss with ARF. The Addiction Research Foundation preceded the Centre for Addiction and Mental Health and was one of the largest, most renowned groups internationally. Canada was a real leader then. It has lost a lot of its capacity to speak out strongly on addiction

**M. Purvis :** Malheureusement pour moi, M. Skinner est beaucoup plus éloquent que je ne le suis. Nous ne sommes pas en désaccord. M. Skinner a utilisé l'expression « intégration fonctionnelle ». Je pense que personne n'est en désaccord avec cela. Là où nous ne sommes pas d'accord, c'est avec une intégration systémique ou administrative en tant que fin en soi.

À notre avis, on ne devrait ouvrir que les portes appropriées. La démarche ne devrait pas non plus être un fardeau pour nos consommateurs. Quel que soit l'endroit où on aboutisse pour demander un service, les services dont on a besoin devraient y être offerts. Il faut que nous créions des disponibilités à la fois dans les systèmes de traitement des toxicomanies et ceux de traitement des problèmes de santé mentale. Nous devrions être au courant des cas les plus actuels de comorbidité. Nous devrions pouvoir compter sur des équipes pleinement intégrées pour traiter les problèmes graves, ceux qui correspondent au quatrième quadrant. Personne n'est en désaccord avec cela. M. Skinner a mieux expliqué cela que moi. Si l'on conçoit l'intégration de services comme quelque chose de fonctionnel plutôt que de systémique, personne ne sera en désaccord.

**M. Stockwell :** Je prends bonne note de ces deux points. À mon avis, le modèle du quadrant représente bien les problèmes réels dont nous devons nous occuper. Cela dit, il y a beaucoup de gens qui ne souffrent que de problèmes de santé mentale, et il faut quand même s'occuper de leur consommation, de leur toxicomanie, pour peu que l'on conçoive la toxicomanie comme quelque chose de léger dans leur cas, et vice versa. Lorsque les gens maîtrisent leurs problèmes de toxicomanie, il leur reste encore beaucoup de difficultés émotionnelles à surmonter ainsi que les problèmes de santé mentale, mais il ne s'agit pas souvent de problèmes qui ont été diagnostiqués. Si vous suivez l'évolution de la santé mentale de quelqu'un qui renonce à l'alcool, à l'héroïne ou à la cocaïne, vous observerez qu'au début du traitement, leurs symptômes sont plus graves qu'après deux mois ou six semaines, parce qu'au fur et à mesure qu'ils se sèvent de ce qu'ils prenaient, les problèmes de dépression, d'anxiété ou d'autre nature se sont parfois simplement évanouis. D'habitude, leur situation est beaucoup moins problématique qu'auparavant. On entend souvent demander quel pourcentage souffrant de problèmes de santé mentale a aussi des problèmes de toxicomanie, et quel pourcentage de toxicomanes a aussi des problèmes de santé mentale. Or, tout cela fluctue. Lorsqu'on s'occupe de l'un de ces deux aspects, il faut toujours en même temps garder l'autre à l'esprit.

Comment faut-il organiser nos services pour répondre à cette réalité qui a été si bien résumée? Il faut une approche systémique avec un élément administratif distinct. Il faut quelqu'un pour parler de la réalité du terrain de façon que les toxicomanies ne se perdent pas dans l'énorme bureaucratie de la santé mentale, mais il faut aussi que cette intégration se produise de façon fonctionnelle.

Au Canada, on a un peu perdu avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, qui a précédé le Centre de toxicomanie et de santé mentale. C'était l'un des organismes les plus importants et les plus renommés au plan international. Le Canada était alors un véritable chef de file. Par la suite, il a plus



issues in the intervening years. I do not think with that you necessarily carry this idea that it will all be separate and not integrated.

**Ms. Bradley:** I think the way that Mr. Skinner talked about it is true. I think of it in a linear way. People have various degrees of illness, whether it is addiction or mental health, and it is where you put your resources along the continuum. I see the most severely compromised people who have severe mental health and addictions problems on the continuum where we need the integration and the expertise of both.

The vast majority of people who come to our system can be treated in more of a community model or a less intrusive model. It probably needs to include residential services, but if you compare the cost of residential services in the community with residential services in a hospital setting, it is dramatically different. It is how we will decide how to set this up.

Going from promotion and early intervention work right through to the furthest end of the continuum does not mean that those in the middle do not need some collaboration with the service providers. That is often the medical system, because sometimes we need medication to be prescribed. We may need a short hospitalization. We may need some assessment. Certainly, assessment for addictions can be done in the addiction community, but sometimes you need something a little broader. There is a grey zone where we need to also work a little more effectively, and then, at the end, work really effectively.

I think it is up to the service providers, both in mental health and addiction hospitals, to work collaboratively with that grey zone, but the vast majority of people do not need that kind of service.

**Mr. D. Kelly:** When you look at the community sector as a whole, and I do not mean just addiction providers and mental health providers, it is also long-term care and it is children's services. It is a maze. We should be moving to a point where there is no wrong door and it is the obligation of those community providers to ensure that people are getting to the services that they need. We will see a system that will develop so that if it is mainly an addiction, we will have addiction providers taking a lead. If there is an addiction and mental illness, either they have that expertise within the addiction agency to address it or they make sure that clients are getting to the person who can best serve them.

It is the same in the hospital system, where we often see the homeless person discharged out to the bus shelter. All that does is perpetuate the next costly visit to emergency. We need to change how we look at it, and the integration that needs to happen to get people to the services they need.

ou moins cessé de faire autorité en matière de toxicomanie. Je ne pense pas que vous considériez nécessairement que les deux doivent être séparés et non pas intégrés.

**Mme Bradley :** J'estime que ce que dit M. Skinner est vrai. J'envisage les services de façon linéaire. Les gens présentent différents degrés de maladie, que ce soit dans le domaine des toxicomanies ou de la santé mentale, et il s'agit de déterminer à quel endroit du spectre il convient d'affecter des ressources. Je vois les personnes les plus gravement atteintes, qui présentent de graves problèmes de santé mentale et de toxicomanie, à l'endroit du spectre où l'intégration est indispensable et où il faut des experts dans les deux disciplines.

La grande majorité des personnes qui font appel à notre système peuvent être traitées grâce au modèle communautaire, par opposition au modèle intrusif. Il faut sans doute leur proposer également des services résidentiels, mais si l'on compare le coût des services résidentiels en milieu communautaire avec le coût des services en milieu hospitalier, la différence est énorme. Voilà comment il faut décider de la formule à retenir.

Que l'on parle de la promotion d'une intervention précoce ou des activités situées à l'autre extrémité du spectre ne veut pas dire que ceux qui se trouvent au milieu n'ont pas besoin de la collaboration des fournisseurs de services. C'est souvent le système médical qui s'occupe d'eux, car ils ont parfois besoin de médicaments sur ordonnance. Ils peuvent avoir besoin d'une courte hospitalisation. Ils ont besoin d'une évaluation. Évidemment, l'évaluation des toxicomanes peut se faire en milieu communautaire, mais il faut parfois élargir les perspectives. On constate une zone grise où un effort s'impose afin qu'en définitive, on puisse travailler de façon véritablement efficace.

Je pense qu'il incombe aux fournisseurs de services, aussi bien dans le domaine de la santé mentale que dans celui des toxicomanies, de collaborer au niveau de cette zone grise, mais la grande majorité des patients n'ont pas besoin de ce genre de service.

**M. D. Kelly :** Quand on considère l'ensemble du secteur communautaire, et je ne parle pas spécifiquement des fournisseurs de services en toxicomanie et en santé mentale, il faut aussi parler des soins de longue durée et des services à l'enfance. C'est un véritable labyrinthe. Il faudrait évoluer de façon que personne ne frappe à la mauvaise porte et que les fournisseurs de services communautaires veillent à ce que les gens obtiennent les services dont ils ont besoin. Nous envisageons un système dans lequel les cas de toxicomanie seront pris en charge par des spécialistes de la toxicomanie. Pour les cas de toxicomanie et de maladie mentale, le service de toxicomanie devra disposer de l'expertise nécessaire, à défaut de quoi il veillera à ce que le client soit adressé à la personne qui pourra lui offrir le meilleur service.

Il en va de même en milieu hospitalier, où il est fréquent de voir un itinérant déposé à côté d'un abribus. On perpétue ainsi l'habitude ruineuse de l'inévitable visite aux services d'urgence. Il faut absolument changer de perspective et procéder à une intégration, de façon que chacun obtienne les services dont il a besoin.



**The Chairman:** I do not think anybody would argue that integration is not a good thing, but it is hard to think of anything that is more easily said than done. To try to get that done on the ground, given the size of the various organizations, given the turf protection of all kinds of people — and to get back to the fact that we try to be pragmatic and not theoretical — how do we do that? What do we have to recommend to make that start to happen, either by brute force, if that is what is required, or by incentives? How do we actually get it done?

**Mr. D. Kelly:** It is a combination. It should be mandated. People will often say, “This person falls outside my mandate, so I have no obligation to address the issues.” It is happening at the community level. Community health and mental health and addiction providers and long-term care providers are already doing that, to a large extent — unfunded, but they are following that process.

It is a matter of getting the medical system to begin that kind of work to ensure that that person is taken out to those community services.

**Mr. Perron:** I have a couple of comments to give you a glaring example of how this can play out. At the provincial cabinet level, most heads of liquor control commissions report to economic ministers. The ministers might ask for increased sales to boost government revenues. The LCBO remitted \$1.3 billion in profit and its revenue was approximately \$5 billion. How much did they allocate to social responsibilities and other matters? The fact remains that while the head of the LCBO claims that there is a desire to be socially responsible, the position falls under an economic minister. Why is that person not under a health minister? Where is that discourse at the cabinet table? It is an interesting example of how the system falls apart at the macro level, at a small table.

We need a champion to get this done — one who will not hedge the bets on one player at the table. The CCSA’s structural model might serve as an interesting one for the mental health world because we do not play the role of government, but rather we interact with government and we try to be its conscience. That role is important. The best way to sustain the attention that this committee is providing is to turn your minds to a practical form.

We have to be specific when we talk about systems such as the alcohol industry. In saying that, who do we mean? Are we referring to the manufacturers, the associations, the licensors or the regulators? Let us speak to the details. While we need system collaboration and integration, what do we mean by “addressing the continuum of care?” Much of the discussion today is about when care is required as opposed to preventive care. We have to look at that continuum of care well before someone presents with some illness and troubles. You need a champion; you need to be specific about it; and you need to effect change at the macro level

**Le président :** Personne ne conteste le bien-fondé de l’intégration, mais il est plus facile d’en parler que de la réaliser. Pour la concrétiser sur le terrain, compte tenu de la taille des différents organismes, compte tenu des chasses gardées — on en revient au fait qu’il faut être pragmatique et non pas théorique — que faut-il faire? Que faut-il recommander pour que le changement s’amorce, soit de force, au besoin, ou soit grâce à des mesures incitatives? Comment obtenir cette intégration?

**M. D. Kelly :** Il faut envisager une combinaison des deux. L’intégration doit être obligatoire. Les gens disent souvent : « Cette personne ne relève pas de mon mandat; je ne suis pas obligé de régler ses problèmes. » L’intégration se produit au niveau communautaire. Les services communautaires de santé, de santé mentale et de toxicomanie ainsi que les fournisseurs de services de longue durée ont déjà amorcé leur intégration dans une large mesure, malgré l’absence de financement, et ils poursuivent la démarche.

Il s’agit d’obtenir du milieu médical qu’il commence à se joindre au mouvement pour faire en sorte que personne ne reste à l’écart des services communautaires.

**M. Perron :** Je vais vous donner un exemple frappant de ce qui peut se produire. Au niveau du cabinet provincial, la plupart des directeurs des régies des alcools relèvent des ministres de l’économie, qui leur demandent parfois d’augmenter les ventes pour gonfler les recettes gouvernementales. La LCBO a versé 1,3 milliard de profits, pour un chiffre d’affaires d’environ 5 milliards de dollars. Combien a-t-on affecté d’argent aux responsabilités sociales et aux autres considérations? Bien que le directeur de la LCBO fasse état de son souci de responsabilité sociale, son poste relève d’un ministre à vocation économique. Pourquoi ne relève-t-il pas du ministre de la Santé? Quel est le discours tenu lors des réunions du cabinet? Voilà un exemple intéressant d’écroulement du système au niveau macroéconomique, autour d’une petite table.

Notre cause a besoin d’un champion, qui ne mettra pas toutes les enchères sur le même joueur à la table. Le modèle structurel du CCLAT peut être intéressant pour le monde de la santé mentale, car nous ne jouons pas le rôle du gouvernement, même si nous interagissons avec lui et que nous nous efforçons d’être sa conscience. C’est un rôle important. La meilleure façon de maintenir l’attention que nous accorde ce comité est de nous appliquer à trouver une forme d’action pratique.

Il faut être très précis lorsqu’on parle d’une entité comme l’industrie de l’alcool. Que veut-on dire par là? Veut-on parler des fabricants, des associations, de l’autorité qui délivre les permis ou de l’autorité de réglementation? N’hésitons pas à entrer dans les détails. Il faut miser sur la collaboration et l’intégration, mais que faut-il entendre par l’expression « continuum des services »? La discussion d’aujourd’hui porte avant tout sur la précocité des soins, par opposition aux soins préventifs. Il faut considérer le continuum des services bien avant que quelqu’un ne se présente avec une maladie ou des problèmes. Il faut un champion;



and at the community level to address how communities are funded and remunerated and how their grants are working. You need to reach that level of specificity.

**Mr. Skinner:** I like the quadrant model not because it is right, but because it is useful. Mr. Perron, your pragmatic appeal is truly important. My question is: Do we have to wait around until the perfect system is designed or is there a way to derive change now? That model helps to organize how change should happen and it describes roles and activities, of which there are three. Specialized systems should support the community-based system in a consultative role. They should be collaborating with one another on clients who have complex needs. Either they should get out of the way or join up to ensure that services for people with serious mental health/addiction problems can be provided by integrated teams. There is strong best-practice evidence that that is what helps individuals the most. I want to see something happen without delay and so I recommend that model.

Conceptual discussions can take place and some people will want to punch a hole in it, but it is a useful heuristic tool. In Ontario we have been trying to work with concurrent disorders. We have begun to use this tool as a way of getting organized. When we truly want to do something, how will this look? Well, this tool can be applied at the ground level, and that is what I like about it.

For all addiction and mental health agencies we use this notion of two constructs: Is the agency concurrent-disorders capable; and is the agency CD specialized? In our view, a CD-capable organization in addictions and mental health would be able, at a minimum, to identify concurring problems in a client and refer the set of problems that it could not deal with. Part of the work everywhere needs to include the recognition that people often present with complex cases. The more people step into the specialized system, the more likely it is that they will have complexity. We need to have the CD-capable response and the services that are CD specialized. In that way, they are able to work with people because they can bring together the set of resources needed to deal with difficult cases. At times, the diagnostic issues to which Mr. Stockwell referred are huge. At one moment someone may seem to be psychotic and suffering from a major mental illness, but when detoxified, the person appears quite normal within one week.

In Ontario we have been trying to get people into methadone treatment over the last decade. We had to do in the 1990s what you are trying to do in Atlantic Canada now. We were able to increase the available methadone treatment, but in our clinic we found that two or three years after methadone treatment, these individuals showed mental health symptoms; typically, they were depressed. They were in methadone treatment and had social things happening, but they were unhappy and depressed. Likely they had issues that made them use drugs in the first place.

il faut être précis; il faut obtenir un changement au niveau macroéconomique et au niveau communautaire quant aux modalités de financement et de rémunération des services communautaires et quant à l'attribution des subventions. Voilà le niveau de précision qu'il faut atteindre.

**M. Skinner :** J'aime le modèle du quadrant, non pas parce qu'il est exact, mais parce qu'il est utile. Monsieur Perron, votre souci de pragmatisme est très important. Faut-il attendre que quelqu'un conçoive un système parfait, ou est-il possible d'amorcer un changement dès maintenant? Ce modèle permet de concevoir comment le changement devrait se produire et il décrit bien les rôles et les activités, qui sont au nombre de trois. Les services spécialisés devraient venir en aide aux services communautaires à titre consultatif. Les services devraient collaborer entre eux dans le cas de clients présentant des besoins complexes. Ils devraient soit se retirer, soit joindre leurs forces pour faire en sorte que les services destinés aux personnes présentant de graves problèmes de santé mentale et de toxicomanie soient assurés par des équipes intégrées. Il est prouvé que c'est la meilleure façon d'aider un client. J'aimerais que les choses évoluent dans les meilleurs délais, et je recommande donc ce modèle.

Certains voudront sans doute entamer des discussions conceptuelles, mais ce modèle est un outil heuristique utile. En Ontario, nous avons travaillé sur les troubles concomitants. Nous avons commencé à utiliser cet outil pour nous organiser. Si l'on veut vraiment faire quelque chose, on peut utiliser cet outil sur le terrain, et c'est pour cela qu'il me plaît.

Pour tous les services de toxicomanie et de santé mentale, nous faisons appel à la notion des deux constructions : l'organisme peut-il traiter les troubles concomitants? Est-ce sa spécialité? À notre avis, un organisme capable de les traiter doit minimalement pouvoir identifier les problèmes concomitants chez un client et le référer ailleurs pour l'ensemble des problèmes qu'il n'est pas en mesure de traiter. Le travail doit toujours comporter la reconnaissance du fait que les personnes qui consultent présentent souvent des cas complexes. Plus il y a de patients qui consultent des services spécialisés, plus leurs cas risquent d'être complexes. Nous devons être en mesure de traiter les troubles concomitants grâce à des services spécialisés qui pourront traiter ces patients parce qu'ils sont en mesure de réunir les ressources nécessaires pour faire face aux cas difficiles. Il arrive que les difficultés de diagnostic auxquelles M. Stockwell a fait référence soient énormes. Une personne qui semble un jour présenter un comportement psychotique et souffrir d'une grave maladie mentale paraîtra tout à fait normale une semaine plus tard, une fois désintoxiquée.

En Ontario, nous essayons le traitement à la méthadone depuis dix ans. Dès les années 90, nous avons dû faire ce que l'on essaye de faire actuellement dans le Canada atlantique. Nous avons réussi à augmenter la disponibilité des traitements à la méthadone, mais dans notre clinique, nous avons constaté que deux ou trois ans après le traitement à la méthadone, les personnes traitées présentaient des symptômes de maladie mentale. Généralement, elles étaient déprimées. Grâce au traitement à la méthadone, elles ont pu reprendre une certaine

Having a drug-using career messes a person up, so when they are sober and trying to deal with all kinds of emotional content that arises, they find that they have no way to do that successfully. Therefore, we had to offer special programming. We set up a group for methadone patients who had mental health issues, which surfaced only two to four years after the methadone treatment. You have to have a dynamic notion of what people need and let the clients lead you, because they will identify the hot issues when they come into care. You might tell them that they are eligible for more programs but they might say they have had enough, thank you. We need to maintain an open door so that the client can "drive" and that set of well-known services to connect the client. Then we play the game, which has to be client and family driven. We need more ways to enhance that pragmatic side of the issues. The model begins to drive the more collaborative conversation.

**Mr. Wilbee:** I agree with Mr. Purvis: Do not ever follow Mr. Skinner. My thought on your basic question is that none of us is arguing against integration. However, what does that mean and how is it to be implemented? Whether using the carrot or the stick, accountability comes to the funders. If you are handing out the cheque, why not demand accountability and mandate the activities? There needs to be incentive. In my experience over the past 13 years, I have found that the "my turf" attitude has diminished to some degree. I have talked to people in the community who have said that there might be battles at the provincial level, but at the community level, everyone gets along fairly well.

We need to consider the vastness of and the differences in this country. It is one thing to do this kind of integration in a major urban centre, but it becomes a different kind of challenge in rural or other areas, not just in Northern Canada. For example, when a person presents with a psychotic episode or has a need for withdrawal in a major centre such as Ottawa or Toronto, emergency wards have the necessary resources. However, it is a different situation for a general practitioner in a smaller community who gets called into the emergency ward. However, it could be that the smaller centres and communities develop better collaboration. I simply wanted to share that with you today.

**Ms. Bradley:** I will speak to the concurrent disorder issue and the range of issues. Many clients will have concurrent disorders, especially women. They will have anxiety, depression, for which they will use alcohol or drugs to try to help them through. The issue of sexual assault is often a longstanding one for which they use alcohol or drugs to numb the feelings. However, I would not say that these people are severely mentally ill at this stage.

vie sociale, mais elles étaient malheureuses et déprimées. Elles retrouvaient habituellement les problèmes qui les avaient initialement amenées à se droguer. Une expérience de toxicomanie est lourde de conséquence et lorsque le toxicomane renonce à la drogue et s'efforce de faire face à tout le contenu émotionnel qui se présente, il se rend compte qu'il ne peut pas réussir. Il faut donc lui offrir un programme spécial. Nous avons constitué un groupe de personnes traitées à la méthadone qui avaient connu des problèmes de santé mentale deux à quatre ans après le traitement à la méthadone. Il faut avoir une connaissance dynamique des besoins du patient et se laisser guider par lui parce que c'est lui qui identifie les points problématiques lorsqu'il se fait soigner. On peut lui dire qu'il pourrait obtenir d'autres programmes, mais il répond généralement qu'il en a eu assez. Il faut simplement laisser la porte ouverte pour que le patient puisse faire son cheminement, sachant qu'il peut s'adresser à des services qu'il connaît bien. Ensuite, nous jouons le jeu, qui doit être mené par le client et la famille. Il faut améliorer ce côté pragmatique des problèmes. Le modèle commence à déboucher sur une action plus coopérative.

**M. Wilbee :** Je suis d'accord avec M. Purvis : Il ne faut pas suivre aveuglément M. Skinner. Pour répondre à votre question fondamentale, je dirais qu'aucun d'entre nous ne se prononce contre l'intégration. Cependant, que signifie cette notion et comment peut-on la mettre en œuvre? Qu'on utilise la carotte ou le bâton, la reddition de comptes incombe à celui qui finance. En tendant le chèque, pourquoi ne pas exiger la reddition de comptes et imposer certaines activités? Il faut des mesures incitatives. En 13 ans d'expérience, j'ai constaté que les chasses gardées ont plus ou moins tendance à s'estomper. Dans mon milieu, certaines personnes disent qu'il peut y avoir des conflits au niveau provincial mais qu'au niveau communautaire, tout le monde s'entend assez bien.

Il importe de considérer l'étendue de notre pays et les différences entre les régions. Il peut y avoir intégration dans un grand centre urbain, mais elle va poser un défi bien différent en milieu rural ou en région éloignée, et pas uniquement dans le Grand Nord. Par exemple, lorsqu'une personne connaît un épisode psychotique ou éprouve le besoin de se replier sur elle-même dans un grand centre comme Ottawa ou Toronto, les services d'urgence disposent des ressources nécessaires. Mais la situation est bien différente pour le généraliste d'une petite localité qui reçoit l'appel d'un service d'urgence. Rien n'empêche, cependant, les plus petits services de s'orienter vers une meilleure collaboration. Voilà ce que je voulais vous dire aujourd'hui.

**Mme Bradley :** Je traiterai de la question des troubles concomitants ainsi que de l'étendue de ceux-ci. Bon nombre de clients, en particulier les femmes, sont atteints de troubles concomitants qui peuvent être l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme ou la toxicomanie. Certaines clientes se tournent vers l'alcool ou les drogues pour les aider à ne plus ressentir de douleur à l'idée d'avoir fait l'objet d'une agression sexuelle. Je ne dirai cependant pas que ces personnes sont à ce stade atteintes de maladie mentale grave.



They have some issues that we need to work collaboratively on, but for the more severe at the end of the spectrum is where we need more of the integration.

I wanted to give you an example of a pilot project that Mr. Skinner referred to that is happening in Toronto. We have brought a group of service providers together and we will have formal memorandums of understanding. We have a community agency, a hospital, a housing agency — a number of agencies that we think that the clients will need. We will have a point person who will be at our organization for this particular project. Anyone who identifies any of these people in the community calls a point person and we get the action going.

If they need to be hospitalized, assessed, whatever it is, that is where we go. We have a formal agreement. It is a small pilot project, but you are asking how we can do this. This is happening in a metropolitan, large city, but these are the people who need to be involved if we are to make a big difference in the lives of clients.

**Mr. Purvis:** Over the last 14 years I have worked in both systems. My trade is as a registered psychologist and I have been on the front line in a mental health clinic and in addiction clinics. I have acted as director in both so I have a vested interest in both consumer groups.

Having said that, I need to be cognizant of the fact that providing medical treatment within a mental health setting such as mental health short-stay units that are psychiatrist and physician run is about twice the cost of providing in-patient beds within a detoxification centre. That is the most expensive part of what we do. Community-based services, day patients, day programs and day detoxification are far less expensive.

We take a behavioural approach versus a medical approach to what we do because most best practice that is coming forward indicates that is what is working; therefore, we are more cost effective. The number one and number three cost drivers to the health care system are addictions — nicotine number one, alcohol number three; sedentary lifestyle is number two.

Keeping in mind how much it costs, even though it is probably only the third most prevalent disorder, we cannot afford to handle addictions poorly. Our health care system cannot afford to do them poorly. It is important when we look at how we are going to best serve the clientele; no one is arguing about integration at the severe end, but I think everyone agrees we need to look at building capacity within the system. My answer to your question, senator, is that I believe we need to look at competency sets.

Ces personnes ont besoin que nous les aidions, mais c'est dans le cas des clients qui sont atteints de maladies mentales qui se situent au bout du spectre qu'une intégration plus poussée est nécessaire.

Je voulais vous donner en exemple un projet-pilote en cours actuellement à Toronto que M. Skinner a mentionné. Divers fournisseurs de services ont conclu des protocoles d'entente. Un organisme communautaire, un hôpital et une agence de logement — soit divers organismes auxquels nos clients peuvent faire appel — participent à ce projet. Notre organisme affectera une personne ressource à ce projet. Quiconque connaît une personne qui a besoin de ces services pourra communiquer avec cette personne ressource qui prendra les mesures voulues.

Si le client a besoin d'être hospitalisé, nous le dirigerons vers un hôpital avec lequel nous avons conclu un accord officiel. Il s'agit d'un petit projet pilote, mais vous avez demandé qu'on vous donne des exemples. C'est un exemple de projet pilote mis en oeuvre dans un grand centre urbain, mais voilà le type d'intervenants auquel nous devons faire appel pour vraiment aider nos clients.

**M. Purvis :** Au cours des 14 dernières années, j'ai travaillé au sein des deux systèmes. Je suis psychologue agréé et j'ai travaillé en première ligne dans une clinique de santé mentale et dans des cliniques de toxicomanie. J'ai occupé le poste de directeur dans ces deux types de clinique et je connais donc bien les besoins des deux groupes de consommateurs.

Cela dit, il faut bien admettre que la prestation de soins médicaux dans un établissement de santé mentale comme des centres pour séjour de courte durée dirigés par des psychiatres et des médecins est deux fois plus coûteuse que la prestation de soins médicaux dans des centres de désintoxication pour patients internes. C'est la partie de nos services qui coûte le plus cher. Les services communautaires, les patients en traitement de jour, les programmes de traitement de jour ainsi que les centres de désintoxication de jour sont moins coûteux.

Notre approche est comportementale plutôt que médicale. L'expérience montre d'ailleurs que c'est la formule qui est la plus efficace et donc la moins coûteuse. Il existe trois principaux indicateurs de coût dans notre système de santé dont deux découlent de dépendances. Par ordre d'importance, ces facteurs sont la nicotine, le mode de vie sédentaire et l'alcool, la nicotine et l'alcool étant sources de dépendance.

Compte tenu des coûts et même si les toxicomanies sont le troisième trouble en importance, nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas nous y attaquer de façon efficace. Notre système de soins de santé ne peut tout simplement pas se le permettre. Il convient d'établir comment nous allons le mieux servir notre clientèle. Personne ne conteste l'utilité d'une intégration plus poussée dans le cas des maladies mentales graves, mais personne ne conteste non plus le besoin d'accroître la capacité au sein du système lui-même. En réponse à votre question, sénateur, je pense que nous devons examiner les ensembles de compétences.

We know what needs to happen within the addictions field. We know the most common coexisting disorders — mood disorders, anxiety disorders, post-traumatic disorder. We need to provide the competency to address those issues with our clients because they arise frequently; and we need to ensure the capacity in the mental health system. That would allow us to maintain our specialization and the uniqueness within both systems. There needs to be funding to ensure that capacity gets built in, as well as for fully integrated, severe addictions/mental health problem treatment.

**Senator Keon:** Let me thank all of you for providing an extremely interesting morning. As I listen to you and others on this enormous challenge, I think there are two major problems confronting this entire area. One is integration and the second is funding.

I have a comment on integration. Since you have all made your contributions, I will not ask you any further, but I will ask for contributions about how to fund an integrated system.

Integration interests me because I spent my whole life working on it. For 35 years of my professional career I worked on an integrated cardiac care system for Eastern Ontario and Western Quebec. I integrated 42 hospitals between James Bay and the St. Lawrence in Eastern Ontario and Western Quebec into the Ottawa Heart Institute hub; integrated the primary care services in those cities into the Prevention and Rehabilitation Centre of the Heart Institute; and integrated the family physicians into the cardiac care of the 50,000 patients per year who walked through the Heart Institute doors.

The barrier that I could not break down was the lack of community services, because there were no community facilities. When you reached the point where you needed the combination of medical, nursing, physiotherapy and other health professional services and social services, they were not there. This is the big failure that I will be asking you to comment on in a minute. This is the big failure that all health professionals in Canada have been guilty of as we spend all our time building the top-end tertiary services. We have done nothing about primary care and community services, and now we are left with this huge hole and consequently cannot build our systems.

Let me give you a tip, though, for when you set out to integrate something. If you are to be successful, there is one principle: Integration is not ownership. Every time you step out to talk to someone, the first thing out of your mouth should be "Integration is not ownership." Then you can begin to have a conversation.

The second thing is, let us agree that our thinking will follow a patient. Wherever the patient goes, we will collectively try to provide the best service we can.

Nous savons ce que nous avons à faire dans le domaine des toxicomanies. Nous savons quels sont les troubles concomitants les plus fréquents — les troubles de l'humeur, l'anxiété et le trouble post-traumatique. Nous devons posséder les compétences voulues pour aider nos clients parce que ces troubles sont fréquents et nous devons aussi veiller à ce que le système de santé mentale soit en mesure de les aider également. Les deux systèmes pourraient ainsi conserver leur spécialisation et leur caractère particulier. Il faut prévoir les fonds nécessaires pour accroître la capacité ainsi que pour intégrer pleinement les services de traitement des toxicomanies et des problèmes de santé mentale graves.

**Le sénateur Keon :** Permettez-moi de vous remercier tous de nous avoir présenté des exposés aussi intéressants. D'après ce que vous nous dites et ce que d'autres témoins nous ont dit en ce qui touche cet important défi, je crois que nous sommes confrontés à deux principaux problèmes, l'un étant l'intégration et le second, le financement.

J'aimerais faire une observation sur l'intégration. Vous avez tous très bien exprimé votre point de vue et je vous demanderai donc maintenant de nous parler du financement d'un système intégré.

L'intégration m'intéresse puisque j'ai consacré toute ma vie à cette question. Pendant toute ma carrière professionnelle qui s'est étendue sur 35 ans, j'ai travaillé au sein d'un système de soins cardiaques intégrés pour l'est de l'Ontario et l'ouest du Québec. J'ai intégré 42 hôpitaux situés entre la Baie James et le Saint-Laurent dans l'est de l'Ontario et l'ouest du Québec pour en faire l'Institut de cardiologie d'Ottawa. J'ai intégré les services de soins primaires de ces villes pour en faire le Centre de prévention et de réadaptation de l'Institut de cardiologie ainsi que les médecins de famille qui dispensent des soins aux 50 000 patients par année qu'accueille l'Institut de cardiologie.

L'obstacle que je n'ai pas pu surmonter, c'est le manque de services communautaires puisqu'il n'existe pas d'installations communautaires. Il n'existait pas d'intégration des services médicaux, infirmiers, de psychothérapie et d'autres services professionnels. Il s'agit d'un grand échec sur lequel je vous demanderai votre avis dans un instant. Tous les professionnels de la santé au Canada sont responsables de cet important échec parce que nous consacrons tout notre temps à créer des services tertiaires. Nous n'avons rien fait pour améliorer les services primaires et les services communautaires et nous nous retrouvons donc maintenant face à ce grand vide. Par conséquent, nos systèmes laissent à désirer.

Permettez-moi de vous donner un conseil lorsque vous vous attaquez au problème de l'intégration. Pour connaître du succès, le principe dont il faut tenir compte, c'est que l'intégration n'est pas une mainmise. C'est la première chose que vous devriez dire à vos intervenants. Vous pouvez ensuite engager la conversation.

Il faudrait aussi convenir que nous devons suivre les patients. Où que les patients aillent, nous devrions leur offrir le meilleur service possible.



In what success I enjoyed — both at the local level here in Ottawa and subsequently for Elinor Caplan, when she was the Minister of Health for Ontario, in establishing the Cardiac Care Network for Ontario, I stuck to those two principles and they paid off very well. I do not think it is any different in mental health, although your problem is much more monumental.

Let me come back to some comments that were made by virtually everyone around the table, but to focus on them, David Kelly, Dr. Jon Kelly and Tim Stockwell's comments are the most important. Leading maybe with Dr. Jon Kelly, we can get into a discussion of this, because you hit something bang on when you said the problem with ministries of health provincially is their doctor/hospital systems. I was one of the major offenders because I was both a doctor and a hospital administrator my entire life and I used this influence to get what I wanted. Now that I have been to confession, I will try to do something useful from here on in.

Let me have you people around the table address this issue. How will we ever break this total control? You look at provincial ministries of health and the people in control are either doctors or hospital administrators. They move out of the system for a little while and get rich. When they are rich enough to retire, they go back and become deputy minister, because the pay is small. Their thinking is absolutely pervasive.

Consequently, there is no money for the most important needs that the health system, and in particular the mental health system, now faces, that is, primary care, community services, psychological counselling, social services, et cetera.

I have put it on the table; now solve it.

**The Chairman:** We did not say that this would be an easy day for you.

**Mr. Stockwell:** First is the tax solution, which I think the general public would bear. A nickel a drink would generate from \$750 million to \$800 million a year in Canada. The best mechanism would be an excise tax on alcohol. A sales tax like the GST does not hit the very cheap drinks that are the most misused as hard as an excise tax.

**The Chairman:** Are you counting wholesale or just drinking at a bar?

**Mr. Stockwell:** Everything.

**The Chairman:** Do you convert a bottle of beer to one drink?

**Mr. Stockwell:** Apparently a standard Canadian drink is 13.6 grams. It is a bottle of beer, a medium-sized glass of wine or a drink of spirits.

The other issue, which is probably even tougher than taking on the doctors, is the pharmaceutical industry with regard to the cost of drugs in the health care system. It is a huge money-gobbling

Si j'ai connu un certain succès tant ici à Ottawa que par la suite en créant le Réseau de soins cardiaques pour l'Ontario en collaboration avec Mme Elinor Caplan, qui était alors ministre de la Santé de l'Ontario, c'est parce que j'ai appliqué ces deux principes. Je crois qu'ils sont aussi valables dans le domaine de la santé mentale, même si le problème auquel vous êtes confrontés est monumental.

Revenons à des observations qui ont été faites par presque tous ceux qui se trouvent autour de la table, mais à cet égard, ce qu'ont dit David Kelly, Dr Jon Kelly et Tim Stockwell importe encore davantage. Je m'adresse d'abord au Dr Jon Kelly. Vous avez tout à fait raison de dire que ce sont les systèmes de médecins/hôpitaux qui clochent le plus au sein des ministères provinciaux de la Santé. Je suis l'un des grands coupables parce que j'ai été moi-même médecin et administrateur hospitalier pendant toute ma vie et je me suis servi de cette influence pour obtenir ce que je voulais. Maintenant que je me suis confessé, je vais essayer d'être utile.

J'aimerais que quelques-uns d'entre vous répondent à cette question. Les ministères provinciaux de la Santé sont aux mains des médecins et des administrateurs hospitaliers. Ils quittent le système pendant un certain temps pour s'enrichir. Lorsqu'ils sont suffisamment riches, ils reviennent dans le système et deviennent sous-ministres, un poste moins bien payé. Leur façon de concevoir les choses se constate partout.

Par conséquent, il n'y a pas de fonds pour répondre aux besoins les plus importants, c'est-à-dire aux besoins dans le domaine de la santé mentale, à savoir les soins primaires, les services communautaires, le counseling psychologique, les services sociaux, et cetera.

J'ai exposé le problème et j'aimerais maintenant que vous y trouviez une solution.

**Le président :** Nous ne vous avons pas promis des questions faciles.

**M. Stockwell :** Il y a d'abord la solution du régime fiscal, une solution que le grand public accepterait sans doute. Un cinq sous par boisson permettrait de recueillir de 750 millions à 800 millions de dollars par année au Canada. Le meilleur mécanisme serait une taxe d'accise sur l'alcool. Une taxe de vente comme la TPS ne décourage pas la consommation des boissons à bon marché dont on abuse autant que le ferait une taxe d'accise.

**Le président :** Parlez-vous des boissons vendues en gros ou des boissons vendues dans les bars?

**M. Stockwell :** Je parle de toutes les boissons.

**Le président :** Considérez-vous qu'une bouteille de bière correspond à une consommation?

**M. Stockwell :** Apparemment, une boisson canadienne moyenne correspond à 13,6 grammes. Cela correspond à une bouteille de bière, à un verre de vin de taille moyenne ou à un verre de spiritueux.

Le problème qui est certainement aussi épineux que celui des médecins est le rôle de l'industrie pharmaceutique en ce qui touche le coût des médicaments dans notre système de santé. Il

enterprise. We do not need new drugs. The new ones that come out are effectively no different, we are investing billions in that enterprise, and the cost of health care is going up astronomically to fund these new drugs.

I know that doctors are paid pretty well, but you need funding mechanisms for the primary health care portion, which addresses the great numbers of people who are beginning to have problems or already have problems and are not in touch with special services. The poor GPs and their support staff need systems to address that, and they need to be carefully streamlined and built into their ways of working so that they are not a huge extra burden. They can be designed to assess a range of lifestyle issues, including substance abuse. They need support services that are not scared to ask the questions when they do not know what to do with a person once they have identified a problem. These need to go hand in hand, and they need some way of billing for that time and that service. As I understand it, it is not always the case that they can do that. There are successful models in the U.K. and Australia of funding that practice in primary health care.

**Senator Keon:** You are fundamentally saying that there will have to be new money for new ideas because you cannot leach any money out of these powerful people.

I must confess that I prescribed red wine as a drug throughout my career because it is the most powerful anti-oxidant known. When I operated and saw a terrible-looking heart, the first question I asked the patients before discharge was whether they had a drinking problem, although I already knew the answer. If they did not have a drinking problem, I told them to have a couple of glasses of red wine every day, to take an aspirin every day, and to take B-complex vitamins every day.

Many doctors are telling their patients this, so with regard to taxing alcohol, red wine should probably be tax free for seniors. Their drugs are free.

**Mr. Stockwell:** With regard to red wine, the science shows that if there is a benefit, it is in beer and spirits as well. There may be some extra magic in red wine that you can also get in red grapes, but it is the alcohol.

The argument about whether we should treat alcohol as a health product and subsidize it rather than taxing it comes up, and we have to get that in balance. Taxation is a very controversial tool, but it affects most harshly the people who drink the most. There are issues about it being regressive and what to do about disadvantaged poor people, and that needs to be debated. It will cost those who take one drink a day to get the maximum health benefit five cents a day. If you start making exceptions, the whole idea unravels. I know you have your tongue

s'agit de sommes astronomiques. Nous n'avons pas besoin de nouveaux médicaments. Les nouveaux médicaments qui nous sont offerts ne sont pas meilleurs que les anciens et nous investissons des milliards de dollars pour acheter ces nouveaux médicaments.

Je sais que les médecins sont assez bien payés, mais il faut des mécanismes de financement des soins primaires afin de pouvoir répondre aux besoins des nombreuses personnes qui commencent à connaître des difficultés ou qui ont déjà ces difficultés parce qu'elles n'ont pas accès à des services spéciaux. Les pauvres médecins de famille et leur personnel de soutien doivent pouvoir compter sur des systèmes qui sont soigneusement conçus pour s'intégrer à leur mode de fonctionnement de manière à ce qu'ils ne constituent pas un fardeau supplémentaire. Ces systèmes peuvent être conçus pour permettre d'évaluer diverses questions liées au mode de vie, et notamment les toxicomanies. Ils doivent pouvoir adresser les personnes chez lesquelles ils ont déposé un problème vers les services de soutien qui n'hésiteront pas à poser les questions qu'ils doivent poser. Il faut que tous ces services aillent de pair et il faut trouver une façon d'en tenir compte dans la facturation. Ce n'est pas toujours le cas. On peut se reporter à des modèles qui ont été mis à l'essai avec succès dans le domaine des soins primaires au Royaume-Uni et en Australie.

**Le sénateur Keon :** Vous dites essentiellement qu'il faudra trouver de l'argent frais pour mettre en œuvre de nouvelles idées parce qu'il est impossible de soutirer de l'argent de ceux qui sont en place.

Je dois admettre avoir prescrit du vin rouge comme médicament pendant ma carrière parce que c'est l'anti-oxydant le plus puissant que nous connaissons. Lorsque je faisais une opération et que je voyais un cœur en très mauvais état, la première question que je posais aux patients avant de leur donner leur congé était s'ils consommaient trop d'alcool bien que je connaissais déjà la réponse à cette question. S'ils me disaient que ce n'était pas le cas, je leur disais de prendre chaque jour deux ou trois verres de vin rouge, une aspirine et des vitamines du complexe B.

C'est d'ailleurs ce que disent de nombreux médecins à leurs patients. À cet égard, je pense qu'il ne faudrait pas imposer une taxe sur le vin rouge que consomment les personnes âgées. Leurs médicaments sont gratuits.

**M. Stockwell :** Pour ce qui est du vin rouge, la science montre que si la consommation du vin rouge est avantageuse pour la santé, la consommation de bière et de spiritueux l'est également. Les raisins rouges peuvent aider un peu, mais c'est l'alcool qui a vraiment un effet bénéfique.

On soulève parfois la question de savoir si l'on doit traiter l'alcool comme un produit de santé et le subventionner au lieu de l'imposer. Il nous faut viser un certain équilibre. La taxation est un outil très controversé, mais ce sont les personnes qui consomment le plus d'alcool qui sont les plus touchées par les taxes qui s'y appliquent. D'aucuns soutiennent que ces taxes sont régressives et que proportionnellement, les personnes à faible revenu paient davantage de taxes. C'est une question qui mérite d'être débattue. Prendre une consommation par jour pour tirer les



in your cheek, but it is a serious argument. People say that it should be treated as a health product. That is wrong because the costs outweigh the benefits.

**Mr. Perron:** I want to speak primarily to the question you posed with respect to the deputy ministers, but before going to that, we have to acknowledge the elephant in the room that no one seems to be tackling, which is that notwithstanding the need for looking at meaningful taxation processes for alcohol, volume content and the like, the government already collects a tremendous amount of revenue from this product and it is not earmarked for the right purposes. Although it may go to other good purposes, at the end of the day we should acknowledge openly that the government continues to encourage activities that they know will cause harm, such as gambling, notwithstanding that resultant harm and the commensurate amount of front-end investment that is needed.

While we need to look at taxation, we must also hold accountable those who are receiving major revenues from this for why they are not earmarking a portion of it for health costs.

I would say the same with regard to proceeds of crime and illicit drugs. We have talked about earmarking funds from proceeds of crime for years and have got nowhere.

With respect to the deputy ministers and how to break that system, we must differentiate between a bureaucratic system and a politically driven one. Where do the senior bureaucrats, that is, the deputy ministers, take the heat and where do they run with it? Often, it is tainted or at least spun by the political priorities of the day. Access is all we hear about today, and it is what rises to the top of the political barrel.

We need to focus on the senior bureaucrats, as they have a role to play and there is a balance between driving a ministry and a minister to engage here. We need to make the economic argument, and it is there to be made. They get tremendous push-back by saying that access is a political issue and is where we are moving. It is classic.

To wrestle with this we have to educate and build a business case that shows our politicians, who are well-meaning, of course, that this is an area to invest in, that we can have a return on investment and that it is not either/or. This is critical. If you want to ensure that the deputy ministers execute it, put it in their mandate letter and have the prime minister put it in the mandate letters of cabinet ministers. The same should be true for premiers. That is where you get the attention.

I have talked to deputy ministers in the past about addictions. They say that the Canada Health Act has major issues. One of the biggest challenges for addictions in the health system is that

avantages maximum de l'alcool coûterait cinq sous par jour. Si l'on commence à faire des exceptions, rien ne tient plus. Je sais que vous blaguez un peu, mais il s'agit d'un argument sérieux. Certains pensent que l'alcool doit être traité comme un produit de santé. Ce serait une erreur parce que le tort qu'il cause dépasse le bien qu'il peut faire.

**M. Perron :** J'aimerais traiter de la question des sous-ministres que vous avez abordée. Avant de le faire, il faut bien reconnaître que nous ne nous attaquons pas au vrai problème. Abstraction faite du fait qu'il faudrait peut-être taxer davantage l'alcool, il n'en demeure pas moins que le gouvernement impose déjà beaucoup ce produit et que les recettes ainsi recueillies ne sont pas utilisées aux bonnes fins. Même si une part de ces recettes sert à des fins utiles, il faudrait ouvertement reconnaître que le gouvernement continue d'encourager des activités qui sont nocives comme le jeu, et cela malgré le tort qu'il cause et malgré les investissements initiaux importants qui sont nécessaires.

S'il nous faut nous pencher sur la question des taxes, nous devons aussi exiger des comptes de la part de ceux qui perçoivent ces importantes recettes, et qui n'en réservent pas une partie importante pour financer les soins de santé.

La même chose vaut au sujet des produits de la criminalité et des drogues illicites. Nous parlons depuis des années de réserver une partie des produits de la criminalité mais nous ne l'avons pas encore fait.

En ce qui touche les sous-ministres et la façon de mettre fin à ce cercle vicieux, nous devons faire une distinction entre un système dirigé par les bureaucrates et un système dirigé par les politiciens. Dans quels cas jette-t-on le blâme sur les hauts fonctionnaires comme les sous-ministres? Tout est souvent lié aux priorités politiques du jour. Il n'est question que d'améliorer l'accès aux soins de santé aujourd'hui et voilà pourquoi c'est une priorité politique.

Nous devons attacher de l'importance aux hauts fonctionnaires parce qu'ils ont un rôle à jouer et il faut faire une distinction entre le rôle du ministère et le rôle du ministre. Il nous faut insister sur l'argument économique qui est bien réel. Les fonctionnaires s'abritent derrière l'argument voulant que l'accès soit une question politique et que c'est dans ce sens que nous nous dirigeons. C'est classique.

Pour contrer cela, nous devons mettre l'accent sur la sensibilisation et nous devons aussi convaincre les politiciens, qui sont évidemment bien intentionnés, qu'il faut investir dans le domaine de la santé et que cet investissement rapportera beaucoup. C'est tout à fait essentiel. Si l'on veut que quelque chose bouge, il faudrait fixer cet objectif aux sous-ministres dans leur mandat. Le premier ministre pourrait aussi fixer cet objectif aux ministres. La même chose pourrait s'appliquer aux premiers ministres des provinces. Voilà comment faire bouger les choses.

J'ai déjà parlé à des sous-ministres par le passé de la question de la toxicomanie. Ils invoquent toujours la Loi canadienne sur la santé. L'un des plus grands problèmes, si je peux me permettre

ministers have to choose between MRIs and junkies, to be blunt. There is no political traction, notwithstanding the visceral need to address this marginal population, when we also need to do MRIs.

I think we need to populate all levels. We have to be specific, but it is up to us, the practitioners, to build a business case.

We are certainly getting to that point.

**Senator Keon:** Coming back to the question that I would like to see all of you address, do you think there has to be new money? Do you think there is any possibility of diverting money out of the current system?

**Mr. Perron:** Do we need new money? Yes would be the easy answer, but there is a lot of money being spent already, not necessarily most efficiently. At the highest level, there is not enough attention to optimizing dollars. There is absolutely a need for greater investment. If you look at the proportionality of harm resulting from alcohol and drug abuse and the investment made, it is miniscule. From a basic economic argument we can make the case that you need to put more money there. Why is more money not being put in? Again, this is not a real attention getter. Nobody wants to talk about these issues. There is not a significant amount of political traction there. The money does not only have to come from the federal government, it has to come from the provinces, the regional health authorities and the private sector. There is money being put in from the not-for-profit side as well.

Looking at the current dollars in the system, optimizing how they are being used is a priority. Looking at new sources of funding is very much needed. We must be accountable for how we spend those dollars. If it does not work, stop doing it and change; but we do not do that. We keep adding to our to-do list. We do not have a stop-doing list. We need to make better use of what we have.

**Mr. J. Kelly:** On the issue of ministries of health, there is some opportunity to de-concentrate large ministries. Ontario has just done that, following the lead of Nova Scotia in carving out health promotion to create a separate ministry to give government some focus and accountability related to prevention issues across a number of domains.

I am most familiar with Ontario, but where you have two systems, for example, children's mental health versus adults, in two ministries, there may well be opportunities. I agree with Mr. Perron that we have political demands for access to MRIs and services in the physical health care system that are undeniable. However, if there was another minister with a responsibility focused exclusively on these areas — and I do not know what combination, I do not know if just mental health and addictions is the answer, but some form of removing all of the issues from the deputy minister and the Minister of Health — that would be helpful. There are several models that one could look at for doing that.

d'être très franc, c'est que les ministres doivent choisir entre les IMR et les toxicomanes. Bien que nous devions répondre aux besoins de cette population marginale, elle n'a pas de poids politique. Or, nous avons aussi besoin d'IRM.

Je crois qu'il faut intervenir à tous les niveaux. C'est à nous, les praticiens, de bien défendre notre point de vue.

Nous commençons certainement à le faire.

**Le sénateur Keon :** Pour revenir à la question à laquelle j'aimerais que vous répondiez tous, faut-il de l'argent frais? Pensez-vous qu'il soit possible de réaffecter les fonds actuels?

**M. Perron :** Avons-nous besoin d'argent frais? Il me serait facile de répondre oui à cette question, mais on dépense déjà beaucoup d'argent mais pas nécessairement de façon efficace. Aux échelons supérieurs, on ne consacre pas suffisamment d'attention à l'optimisation des ressources. Il faut certainement accroître les investissements. Si l'on compare les investissements consentis pour lutter contre l'alcoolisme et les toxicomanies avec le tort qu'ils causent, on ne peut que constater qu'ils sont dérisoires. Du strict point de vue économique, il est assez facile de prouver que des investissements supplémentaires sont nécessaires. Pourquoi n'investit-on pas davantage dans ce domaine? C'est parce que ces questions ne suscitent pas beaucoup d'intérêt. Personne ne veut en parler. Les politiciens s'intéressent à d'autres choses. L'argent n'a pas cependant toujours à provenir du gouvernement fédéral, mais pourrait provenir des provinces, des administrations de santé régionales et du secteur privé. Le secteur à but non lucratif consent aussi des investissements dans ce domaine.

Il faut donc accorder la priorité à l'optimisation des ressources. Il faudrait aussi trouver de nouvelles sources de financement. Nous devons rendre compte de la façon dont cet argent est dépensé. Il faut aussi corriger le tir au besoin. Or, nous ne le faisons pas et notre liste de choses à faire s'allonge continuellement. Nous n'avons pas établi une liste de choses que nous devons cesser de faire. Nous devons mieux utiliser les ressources dont nous disposons à l'heure actuelle.

**M. J. Kelly :** Pour ce qui est des ministères de la Santé, il serait possible de scinder. C'est ce que l'Ontario vient de faire, imitant en cela la Nouvelle-Écosse. La promotion de la santé est devenue un ministère distinct, ce qui devrait favoriser pour le gouvernement la reddition de comptes et servir de centre d'intérêt à l'égard de la prévention dans plusieurs domaines.

Je connais surtout le système ontarien, mais lorsqu'il existe deux systèmes comme c'est le cas pour la santé mentale des enfants et la santé mentale des adultes, des possibilités de réorganisation s'offrent. Je conviens avec M. Perron que les politiciens réclament l'accès aux IRM ainsi qu'aux services liés à la santé physique. S'il existait donc un autre ministère exclusivement chargé des questions de santé mentale — et je ne sais pas trop si la santé mentale et les toxicomanies devraient constituer un ministère à part, mais il faudrait alléger la charge du sous-ministre et du ministre de la Santé —, ce serait utile. On pourrait songer à plusieurs modèles.



On the issue of integration, I have always been skeptical; if we believe in integration, what is the other side? Why is there a proliferation of agencies? I am not familiar with the mental health area. On the area of problem gambling, I am on the board of an agency in Toronto in the developmental services sector. I will give you an example. There are a growing numbers of agencies involved in gambling. There are 50 agencies in the developmental services sector in Toronto. When David Kelly was talking earlier about being able to get in the door and there being no wrong door, in terms of integration, I would raise the question of how many doors. I think that the more doors you have, the more difficult integration becomes.

I understand why there are multiple agencies. The agency I am at is a Jewish one, and how a retired Catholic could get on a Jewish agency is another topic, but there is the Jewish agency and there is the Catholic agency and the multicultural agency. You can see the demand, because it is not just the purity of what is the best way to deliver the service, it is where am I comfortable going. A completely separate issue is women's agencies and Aboriginal agencies. There are demands in all of these sectors that counterbalance the issue of integration.

Governments need to shrink the number of organizations who are in the business and, in a growing sector like problem gambling, the multiplicity of organizations with specialized roles. This means governments sometimes saying they have to consolidate. Developmental services in Toronto do not need 50 agencies. Maybe it should be 10.

There are other clearly recognizable demands. Integration has to do with how many doors, too, as well as focusing services around the individual.

**Senator Keon:** Government should never be the integrator. You are getting to the point where you are saying if government would integrate, then they could decide how many agencies there would be. That is a formula for failure, I am afraid.

**Mr. J. Kelly:** My thinking is that government is the source in the sense that government gives the money. It depends on what form of integration we are talking about. If the issue that I have raised is about the number of organizations funded to do similar or related tasks, then those are basically government decisions about who to fund for what. I know it does not address the issue of integration that you raise, but it is services versus organizations.

**Senator Keon:** It is up to government to chop whomever they want. Integration is for those who are left standing.

**Mr. D. Kelly:** I will comment first on that integration part. This is an issue that continues to arise, even though there is proof that the more doors available for people with mental illness the better the outcome, because they do not necessarily follow the care paths that we may lay out.

Quant à l'intégration, j'ai toujours été sceptique à ce sujet. Quel est l'envers de la médaille? Pourquoi y a-t-il prolifération d'organismes? Je ne suis pas familier avec le domaine de la santé mentale. Je connais cependant le problème de la dépendance au jeu. Je fais partie du conseil d'un organisme de Toronto qui œuvre dans le secteur des services de développement. Permettez-moi de vous donner un exemple. Il y a de plus en plus d'organismes qui font la promotion du jeu. Il y a 50 organismes à Toronto dans le secteur des services de développement. David Kelly a dit plus tôt qu'il fallait mettre le pied dans la porte et qu'il n'y avait pas de mauvaise porte, mais pour ce qui est de l'intégration, je me demande combien de portes il y a. Plus le nombre de portes est grand, plus l'intégration devient difficile.

Je comprends pourquoi il existe de nombreux organismes. L'organisme auquel j'appartiens est juif. Quant à savoir comment un catholique à la retraite fait partie d'un organisme juif, c'est une autre affaire. Il y a cependant un organisme juif, un organisme catholique et un organisme multiculturel. On comprend que certaines personnes soient plus à l'aise dans certains contextes. Il y a ensuite toute la question des organismes pour femmes et des organismes pour Autochtones. Il existe toutes sortes de contraintes qui compliquent la question de l'intégration.

Les gouvernements doivent réduire le nombre d'organismes dans ce secteur et dans un domaine croissant comme celui de la dépendance au jeu, il faut aussi réduire le nombre d'organismes ayant des rôles spécialisés. Il faudra donc parfois que le gouvernement regroupe des organismes. Les services de développement à Toronto n'ont pas besoin de 50 organismes. Peut-être qu'il devrait y en avoir 10.

La demande prend aussi d'autres formes reconnaissables. L'intégration est donc liée au nombre de portes qui existent ainsi qu'un établissement de service axé sur les besoins du client.

**Le sénateur Keon :** L'intégration ne devrait jamais être laissée au gouvernement. Vous dites que si le gouvernement est chargé de l'intégration, il pourrait ensuite décider du nombre d'organismes qui serait acceptable. Je crois que c'est une formule qui mène à l'échec.

**M. J. Kelly :** Je crois que le gouvernement est la source dans la mesure où c'est lui qui affecte les fonds. Tout dépend du type d'intégration dont nous parlons. S'il s'agit d'établir le nombre d'organismes qui doivent être financés, cette décision appartient au gouvernement. Je sais que cela ne répond pas vraiment à la question sur l'intégration que vous avez posée, mais il s'agit de services par opposition aux organismes.

**Le sénateur Keon :** C'est au gouvernement d'éliminer tous les organismes qu'il souhaite. L'intégration visera ceux qui resteront.

**M. D. Kelly :** J'aimerais d'abord parler de la question de l'intégration. C'est une question qui continue de se poser bien que l'expérience montre que plus il existe de portes auxquelles peuvent frapper les personnes atteintes de maladie mentale, mieux on peut les aider parce que ces personnes ne suivent pas nécessairement la voie que nous leur traçons.

Second, when you look at organizations out there, why are they there in the first place? The community came together to start those organizations because their needs were not being met by the medical system.

Third, why eliminate the richness of the health care system? Each of those groups has dedicated volunteers. They have a group of people who participate in the governance of that organization and they spread the impact of that government funding. A dollar of funding for a not-for-profit, community-based organization actually creates \$1.43 in services. That is an HRDC statistic.

Sometimes it is difficult. That is why I talk about no wrong door, in the sense that it should be seamless for the people going through, whether or not they are at one organization or the other, but it is the obligation of the providers to start getting them to the services that they need, as opposed to leaving it to the clients to fight their way through the system.

You were asking about changing the dynamics. We have ADMs for the hospitals, and that control that they seem to have of almost every ministry of health in the country. Part of the difficulty is the lack of research that demonstrates the effectiveness of community services.

We know that people in a supportive housing project have their hospitalization rate reduced by 69 to 80 per cent within two years. That is a fantastic amount of savings, but it is a very hit-and-miss situation. Research informs policy and policy will inform service and service delivery, which will inform research. We desperately need to have that cycle built into the community. We see that in the hospital system. You can research everything, down to the soap on the floor.

In the community it has never been a priority. It has never been funded or supported. As well, it is difficult for a community organization to garner the resources to do it. If we want to start changing that, we need to look at it as one component.

There are different ways of doing things. We have joint planning in Ontario. For instance, we have the joint planning and policy committee, which is made up of hospital workers and members of a civil service committee. They do all the planning in the health care system. We need something equivalent for the community sector.

We talked about how ministries should be formed. I am hesitant to say mental health and addiction organizations should be moving away from ministries of health. However, we could think of an acute ministry of health and a community ministry of health. I started in long-term care, working with seniors and seniors' groups. There are huge resources there that could benefit people with mental illness or addiction. Having the division at the

Il faut aussi se demander quelle est la raison d'être de certains organismes? La collectivité a créé ces organismes parce que le système médical ne répondait pas à leurs besoins.

Enfin, pourquoi vouloir rendre le système de santé moins riche? Chacun de ces groupes compte des bénévoles. Un certain nombre d'entre eux voient au bon fonctionnement de l'organisme et cherchent à utiliser au mieux les fonds qu'ils reçoivent du gouvernement. Selon DRHC, un dollar accordé à un organisme à but non lucratif à vocation communautaire crée 1,43 \$ en services.

Les choses sont parfois difficiles. Voilà pourquoi j'ai dit qu'il n'y avait pas de mauvaise porte à laquelle frapper. En fait, les personnes qui ont besoin d'aide devraient pouvoir aller d'un service à l'autre sans difficulté, mais il appartient aux fournisseurs de soins de les diriger vers les bons services. Il ne s'agit pas de laisser les clients trouver leur chemin seuls.

Vous disiez que la dynamique avait changé. Des SMA sont chargés de la gestion des hôpitaux et ils semblent être aux commandes dans tous les ministères de la Santé au pays. Le problème est en partie dû au fait qu'il n'y a pas suffisamment de recherches qui prouvent que les services communautaires sont efficaces.

Nous savons que le taux d'hospitalisation des personnes qui ont accès à des logements avec services de soutien a diminué de 69 à 80 p. 100 en deux ans. Cela représente des économies énormes, mais cela demeure très aléatoire. Les recherches, l'élaboration des politiques et la prestation de services sont toutes interreliées. Il faut absolument que ce soit le cas. Nous le voyons dans le système hospitalier. On peut faire des recherches sur tout, jusqu'aux savons utilisés pour laver les planchers.

À l'échelle communautaire, la recherche n'a jamais été une priorité. Elle n'a jamais été financée ni appuyée. En outre, il est difficile pour un organisme communautaire de trouver les ressources nécessaires pour faire de la recherche. Pour que les choses changent à cet égard, il faut que la recherche soit vue comme faisant partie d'un tout.

Il existe diverses façons de faire les choses. La planification mixte existe en Ontario. À titre d'exemple, il existe un comité mixte de planification et d'élaboration des politiques qui se compose de travailleurs hospitaliers et de membres de la fonction publique. Ils sont responsables de toute la planification dans le système de soins de santé. Il nous faut l'équivalent dans le secteur communautaire.

Nous avons discuté de la façon dont les ministères devraient être formés. J'hésite à dire que les organismes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies ne devraient plus relever du ministère de la Santé. On pourrait cependant songer à un ministère des Soins de santé aigus et à un ministère des Soins de santé communautaires. J'ai commencé ma carrière dans le domaine des soins de longue durée en travaillant auprès de



ministry level would be helpful. However, breaking down the silos between the different providers in the community would also be helpful.

It is almost impossible to get help for a senior with an addiction. In my 10 years in the seniors' area, I was never once able to get an addictions counsellor to make a home visit to a senior with a drinking problem. We need to change that around.

You asked whether this is new money or whether we can spend the money we are getting differently and in a better fashion. It is well recognized in mental health and addictions that spending in the sector needs to be reversed. At the moment, about 64 per cent of our spending is in the acute care system while about 34 per cent is in the community. All our research studies have shown that should be completely reversed. Ideally, it should be an 80/20 split, with 80 per cent based in community services. When I say that, I do not mean just health services but the broad determinants, which include housing and transportation.

When we look at hospital deficits, I do not know if we can get money out of that system. We are now looking at that in Ontario through the hospital planning submissions process, which is ongoing. Right now there are hospitals eager to get rid of their mental health and addiction programs. However, they do not want to get rid of the funding. They are happy to have the community take it on, but they want to keep the money because that will address their deficits. In any process like that, mental health and addiction services are the first to be cut, without consultation with the community or other providers in the system.

There is a definite need for new money. You have experience as a hospital administrator. If you know any secrets about prying the money out of there, please share them with us.

**The Chairman:** This is a classic case of where you stand depends on where you sit. The money did not disappear easily when he was running the hospital.

**Ms. Bradley:** In thinking about how to do this I have a small example. We have done much more outreach into the community. With regard to seniors, if the system were funded in a way that would allow us to do more outreach to get to those populations that we are not reaching, then a big investment would not be required. That is one idea.

We were working with a hospital physician in trying to get physicians out into the community to help with some of that population in the grey area. We wanted them to do some community consultations once or twice a week. When he took it back to the people he was working with, they would not agree because they were afraid that the clients would not be there. It is

groupes de personnes âgées. Il existe d'énormes ressources dans ce domaine qui pourraient aider les personnes atteintes de maladies mentales ou qui luttent contre une toxicomanie. Il serait utile que la division relève du ministère. Il serait aussi utile de mettre fin à la compartimentalisation qui existe dans le domaine des fournisseurs de services communautaires.

Il est presque impossible d'obtenir de l'aide pour une personne âgée qui lutte contre la toxicomanie. J'ai travaillé pendant 10 ans auprès des personnes âgées, mais je ne suis jamais parvenu à obtenir qu'un conseiller en toxicomanie vienne rendre visite dans un centre pour personnes âgées à une personne souffrant d'alcoolisme. Nous devons changer la situation.

Vous avez demandé s'il fallait de l'argent frais ou si nous pouvions réaffecter l'argent dont nous disposons de meilleure façon. On s'entend pour dire dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies qu'il faut inverser la répartition des fonds. À l'heure actuelle, 64 p. 100 des fonds sont affectés aux soins de santé aigus et 34 p. 100 aux soins communautaires. Toutes les recherches dont nous disposons montrent que l'affectation devait être complètement l'inverse. Idéalement, le partage devrait être 80-20, 80 p. 100 des fonds allant aux services communautaires. Je ne songe pas simplement aux services de santé communautaires, mais aussi au logement et au transport.

Compte tenu de la situation déficitaire dans laquelle se trouvent les hôpitaux, je ne sais pas si l'on peut trouver des fonds dans ce secteur. Nous examinons la question en Ontario dans le cadre du processus de planification des hôpitaux qui est en cours. Certains hôpitaux voudraient se défaire de leur programme de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. Ils ne veulent cependant pas renoncer aux fonds qui y sont assortis. Ils aimeraient que les collectivités prennent en main ces programmes, mais ils ne veulent pas renoncer aux fonds parce qu'ils se trouvent en situation déficitaire. Dans tout processus de ce genre, ce sont toujours les services de santé mentale et de toxicomanie qui sont éliminés les premiers sans que soient consultés les intervenants communautaires ou les autres fournisseurs de soins.

Il est sûr qu'on a besoin d'argent frais. En tant qu'administrateur d'hôpital, vous en savez vous-même quelque chose. Si vous avez un secret pour trouver de l'argent de ce côté, nous voulons le connaître.

**Le président :** Vous êtes ici devant le cas classique de la personne bien placée. L'argent ne disparaissait pas aisément à l'époque où il dirigeait l'hôpital.

**Mme Bradley :** En songeant à la manière d'y arriver, je me suis rappelée un petit exemple. Nous avons déployé beaucoup plus d'efforts pour rejoindre les gens. En ce qui concerne les personnes âgées, si le système était financé de telle manière à nous permettre de sensibiliser davantage les populations que nous ne rejoignons pas, on n'aurait pas besoin de beaucoup d'argent. C'est une idée.

Nous collaborions avec un médecin attaché à un hôpital pour faire en sorte que des médecins aillent aider directement une partie de cette population qui se trouve oubliée. Nous voulions qu'il fasse de la consultation en milieu communautaire une ou deux fois par semaine. Lorsque ce médecin en a parlé à ses collègues, ils n'étaient pas d'accord parce qu'ils craignaient de ne pas trouver

time out of their offices, when they are not able to bill OHIP for their consultations. If they were on a payroll and not billing OHIP, it would not matter where they were seeing their clients. I know that has been a problem in terms of integration on an out-patient basis.

**Mr. Skinner:** Senator Keon, you have us playing with at least two pucks on the ice here and it is interesting to watch.

When it comes to integration, what should we be doing versus what is the reality? Certainly, at the provincial level in Ontario, the Ministry of Health is regionalizing and integrating their addiction and mental health administrations. They will candidly admit that they do not know how to do it, but they have directed it to happen. Back to the pragmatics — integration is happening.

The local health integration networks in Ontario held big meetings where people asked what they should be doing. Everyone everywhere had as one of their top two priorities to integrate addictions and mental health services in our region. The entire health care system was there. Across the board, they thought of that as a pretty quick win. There was a big endorsement of it. I do not know what it means. We have to come back to what integration means. Pragmatically, we have to deal with this as a direction that is unfolding. If we want to resist it, we can. We will have to move with it in some ways and try to shape it.

Perhaps I am being a little semantic, but it is important to make the distinction between integrated and integrative. From a client-centred point of view, we need integrative practices rather than integrated administrations. If we are letting the client lead, following the wonderful principle that you articulated, that is where the test has to be for this. It is not whether we have administrations that are integrated, but are clients saying, “When I go into the system with the mess of needs I have, which pop up variably over time, there is no wrong door. They are identified and I get to the people who can help me. The people who help me vary over my career of seeking service.” That is the way we have to try to operationalize it, and then this broader notion of integrative is important.

I see us trying to balance opposing things. No one is opposed to integration. However, there is another principle, which is specialization. You need to protect skills at the level of diverse communities, that is, the multicultural dimension. A pragmatic model would be to balance things.

There are terrible ways of undertaking integration that throw specialization out the door. You bring everyone together and say, “We are an integrated service now and you are an addiction and mental health worker. You will work with everyone. We think all of you have the knowledge to do everything. We will not have any specialized people.” You ignore people’s professional training. One thing we know in concurrent disorders treatment, where we

de clients. Ils auraient été obligés de quitter leurs bureaux et n’auraient pas pu facturer le RAMO pour leurs consultations. S’ils étaient salariés et ne facturaient pas le RAMO, il leur importerait peu de savoir où sont leurs clients. Je sais que cela faisait problème au niveau de l’intégration pour les consultations externes.

**M. Skinner :** Sénateur Keon, vous nous faites jouer sur la glace avec au moins deux rondelles, et c’est intéressant à voir.

En ce qui concerne l’intégration, il faut savoir ce que nous devrions faire et ce qu’est la réalité. Chose certaine, au niveau provincial, en Ontario, le ministère de la Santé régionalise et intègre les services de lutte contre les toxicomanies et de santé mentale. Ils vont vous dire franchement qu’ils ne savent pas comment s’y prendre, mais ce sont les ordres qu’ils ont reçus. Pour en revenir aux questions pragmatiques, le fait est qu’il y a intégration.

Les réseaux locaux d’intégration des services de santé de l’Ontario ont organisé de grandes rencontres auxquelles les gens demandaient ce qu’ils devaient faire. Tout le monde, partout, avait pour priorité d’intégrer les services de lutte contre les toxicomanies et de santé mentale dans notre région. Tout le système de santé y était représenté. Tout le monde pensait que c’était une bonne idée. Tous étaient d’accord. Je ne sais pas ce que ça veut dire. Nous devons nous interroger de nouveau sur la signification de l’intégration. Sur le plan pragmatique, nous devons vivre avec parce que c’est l’orientation qu’on a prise. Impossible de résister à cette tendance. Nous devons vivre avec d’une manière ou d’une autre et tâcher d’en façonner le cours.

Je coupe peut-être les cheveux en quatre, mais il est important de faire une distinction entre ce qui est intégré et ce qui est intégratif. Du point de vue du client, nous avons besoin de pratiques intégratives plutôt que de services intégrés. Si nous fondons tout sur le client, dans le respect du principe merveilleux que vous avez énoncé, c’est ce qui nous permettra de réussir. Il ne s’agit pas de savoir si les services sont intégrés mais d’entendre les clients dire : « Lorsque j’ai besoin de soins, avec tous les problèmes que j’ai et qui se présentent à divers moments, je ne me trompe pas de porte. Elles sont bien identifiées et je peux rejoindre les personnes qui peuvent m’aider. Les gens qui m’aident varient selon le service dont j’ai besoin ». C’est ainsi qu’il faut opérationnaliser les choses, et c’est sur ce point que la notion plus large de l’intégratif est importante.

On dirait que nous essayons d’harmoniser des contraires. Personne ne s’oppose à l’intégration. Cependant, il y a un autre principe qui est en jeu, à savoir la spécialisation. Vous devez protéger les compétences au niveau de divers milieux, et c’est ce qu’on appelle la dimension culturelle. Un modèle pragmatique consisterait à trouver un juste équilibre.

Il y a des façons terribles d’intégrer les services et qui ont pour effet d’exclure la spécialisation. Vous mettez tout le monde dans la même pièce et vous dites : « Nous formons maintenant un service intégré, et vous êtes maintenant travailleur en lutte contre les toxicomanies et en santé mentale. Vous allez travailler avec tout le monde. Nous croyons que vous avez tous les connaissances qu’il faut pour tout faire. Il n’y aura pas de spécialistes ici ». Cela



are deliberately trying to work with people with complex problems, is you need people with multidisciplinary skills. You need the psychologist who can do comprehensive assessments. You need the psychiatrist who really understands pharmacotherapy. You need the social worker who can understand how to work with the family. You need all those people present.

There is a way of doing this that is perverse. You throw the principle of specialization out and say it is all about integration. You have to balance these issues when you try to set up a practical strategy for dealing with this.

The other puck that you had in play was the money puck. How will we fund this? You did not say it, Mr. Perron, but you pointed to an option that I had. That is to say, you could tax the industry. You could say, "We are taking more money from you guys. You are doing well. We are keeping you in business. You have customers. For every standard drink that you sell, we will take a nickel. You can handle it." Let us do it that way. You could just say, "We will look for it there."

In gambling in Ontario, the 2 per cent figure comes from slot machines. The industry has the attitude that they are giving us the money for the work we do with problem gambling. However, going there and looking for it as a source is another option to think about.

**Mr. Stockwell:** I do not know how to play ice hockey, but on the money issue, there are a number of things lining up here. In dealing with the difficulties of the current health system, its enormity, the power centres within it, doctors needing to count beds and build up their empires and how hard it is to get services out in the community, there is existing enormous revenue from legal drugs. It would be great if more of that was directed towards treatment. However, if there is an opportunity to set up something like a nickel a drink earmarked for community-based services that are so desperately needed, you might be able to bypass this mess and get something to happen quickly.

**Mr. Wilbee:** When we are talking about integration — and Mr. Skinner gave that example of Ontario — my impression of those meetings as well is that not only were we talking about integrating mental health and addictions, but we are talking about mental health and addictions also being integrated across the systems. We talk about, in terms of integrating, whether it is the organizations, the government structure, the operational structure or, functionally, the clinical services. The other thought is do we integrate information, because information is power. Some of us in the room have spent a lot of time in Ontario sitting on a number of the electronic e-councils, and although it will take 10 years to achieve, there is a struggle over how referrals are done. Is it possible to integrate at that level? There is a small

revient à exclure la formation professionnelle des gens. S'il y a une chose que nous savons dans le traitement des troubles concomitants, où nous nous efforçons de travailler avec des gens qui ont des problèmes complexes, c'est qu'il vous faut des gens compétents dans des disciplines multiples. Il vous faut un psychologue qui peut faire une évaluation globale. Il vous faut un psychiatre qui comprend vraiment ce que c'est que la pharmacothérapie. Il vous faut un travailleur social qui sait comment travailler avec la famille. Vous avez besoin de tout ce monde.

Il y a une manière de faire cela qui est inique, c'est-à-dire en excluant le principe de la spécialisation et en disant que tout cela, c'est de l'intégration. Vous devez équilibrer ces choses lorsque vous mettez sur pied une stratégie pratique.

L'autre rondelle que vous avez jetée sur la glace, c'est la rondelle de l'argent. Comment allons-nous financer cela? Sans le dire explicitement, monsieur Perron, vous avez fait allusion à une option que je voulais proposer, c'est-à-dire taxer l'industrie. Vous pourriez dire : « Nous allons vous demander plus d'argent. C'est grâce à nous si vous êtes en affaires. Vous avez des clients. Pour toute consommation que vous allez vendre, nous allons empocher 5 cents. Vous pouvez vous arranger avec ça. » Procédons ainsi. Vous pourriez simplement dire : « Nous allons trouver l'argent chez vous ».

Pour le jeu en Ontario, le 2 p. 100 vient des machines à sous. L'industrie prétend qu'elle nous donne l'argent dont nous avons besoin pour travailler avec les joueurs à problèmes. Cependant, faire du jeu une autre source de revenu pour nous est une autre option à laquelle nous pourrions réfléchir.

**M. Stockwell :** Je ne sais pas jouer au hockey, mais côté argent, il y a plusieurs choses dont il faut tenir compte ici. Lorsqu'on parle des difficultés qu'éprouve en ce moment le système de santé, avec l'énormité du système, les lieux de pouvoir qui s'y trouvent, les médecins qui ont besoin de compter des lits et de se bâtir des empires, et la difficulté qu'il y a à avoir des services externes, il faut se rappeler que les médicaments licites représentent un véritable pactole. Ce serait formidable si on pouvait consacrer une partie de cet argent au traitement. Cependant, si l'on pouvait avoir un système où 5 cents par consommation seraient réservés aux services communautaires dont on a un besoin criant, vous pourriez contourner toutes ces difficultés et faire des choses rapidement.

**M. Wilbee :** Quand on parle d'intégration — et M. Skinner a mentionné cet exemple de l'Ontario —, je suis moi aussi sorti de ces rencontres avec l'impression qu'on parlait non seulement de l'intégration de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies, mais que l'on parlait aussi de l'intégration de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies dans tous les systèmes. Quand il s'agit d'intégration, on parle des organismes, de la structure gouvernementale, de la structure opérationnelle ou, sur le plan fonctionnel, des services cliniques. Il faut se demander aussi si l'on va intégrer l'information parce que l'information, c'est le pouvoir. Certains d'entre nous ici présents ont consacré beaucoup de temps en Ontario au sein de divers conseils sur les téléservices, et même si ça va nous prendre 10 ans

agency preparing the case notes, then an assessment and a referral out. How well is that information doing? I did not see much in the reports I read about where e-health records are going. There are some real challenges in terms of language, but in a practical sense that will eventually achieve that kind of integration across the system. If a physician is able to electronically see what the community program can offer and make a direct referral, it is easier for clients to access the service they need. Certainly in Ontario, there is some effort being made and time spent on that. Some of us have put a lot of time into sitting on those committees. I see that as part of integration of information.

**Mr. Perron:** With respect to the taxation issue, there is a point I wish to speak to. I entirely agree that the industry needs to be held account for what they do and how they contribute to it. With respect to the earmarking of funds collected by government, it is materially important for them to understand that if we make it the industry's problem, as opposed to understanding what is it that we are collecting and how will the revenues generated here affect the system later, there is a relationship. It might not be immediate. It might be two or three years downstream. However, they need to acknowledge that the monies they take in now will need to be paid out later. That is the point that I believe is often lost because it goes beyond a political cycle. The understanding from an economic perspective that monies gleaned will have a commensurate cost downstream and how can we invest upstream is critical. It is not either/or. I appreciate the interventions and we certainly need to explore having meaningful taxation, but we cannot let huge revenues be streamed elsewhere without an acknowledgment of their commensurate flow-through costs.

**Mr. Purvis:** I tried to stay out of this one but I could not, so I apologize

With respect to integration, Senator Keon makes a great point, especially with respect to primary health care. If we look at the quadrant model and if we are to make our biggest impact with regard to integration, it will be within primary health care. As Dr. Stockwell mentioned, some of the best practice evidence is around brief interventions through primary health care practitioners, and how do we look at building that capacity and integrating it. That needs to be addressed, not just the severe-problem smaller portion. Let us look at where we can impact the largest number, and that probably is where we can make our most significant impact.

We have been arguing within the field for years about dedicated taxation. It has been a popular topic. When we put together the tobacco strategy in Nova Scotia, the one pillar that made the most significant impact in the reduction of

pour y arriver, on ne sait toujours pas comment on va procéder à l'aiguillage. Est-il possible de procéder à une intégration des services à ce niveau? Il y a un petit service qui prépare les notes au dossier, qui procède à l'évaluation puis à l'aiguillage. Dans quelle mesure ces informations sont-elles utiles? Dans les rapports que j'ai lus, je n'ai pas vu grand-chose sur les dossiers de télésanté. Il y a de véritables difficultés de ce côté au niveau des termes, mais sur le plan pratique, c'est ce qui va finir par permettre ce genre d'intégration dans tout le système. Si le médecin peut voir électroniquement ce que le programme communautaire peut offrir et aiguiller directement son client, il est plus facile pour celui-ci d'avoir accès au service dont il a besoin. Chose certaine, en Ontario, on fait des efforts de ce côté et on y consacre du temps. Certains d'entre nous ont consacré beaucoup de temps à ces comités. Pour moi, cela fait partie de l'intégration de l'information.

**M. Perron :** Au sujet de l'imposition, il y a une chose que j'aimerais dire. Je suis tout à fait d'accord pour dire qu'il faut demander des comptes à l'industrie relativement à ce qu'elle fait et à comment elle contribue à cette question. Pour ce qui est de l'affectation des fonds perçus par le gouvernement, il faut que celui-ci comprenne que si nous disons que c'est désormais le problème de l'industrie, au lieu de chercher à comprendre quels sont les fonds que nous percevons et l'effet qu'ils auront plus tard sur le système, il y a un lien. Il ne sera peut-être pas évident tout de suite. Il faudra peut-être attendre deux ou trois ans. Cependant, le gouvernement doit comprendre que l'argent qu'il va percevoir aujourd'hui devra servir à autre chose plus tard. Je crois que c'est la chose qu'on oublie souvent étant donné que cela dépasse le cycle politique. D'un point de vue économique, il est essentiel que le gouvernement comprenne que l'argent qu'il va percevoir aujourd'hui comporte un coût équivalent plus tard. On n'a pas le choix. Je comprends vos interventions et il est sûr que nous devons envisager une fiscalité responsable, mais nous ne pouvons pas détourner des recettes énormes sans comprendre les coûts de transfert correspondants.

**M. Purvis :** Je ne voulais pas participer à ce débat mais je ne peux pas m'en empêcher, donc toutes mes excuses.

En ce qui concerne l'intégration, le sénateur Keon a très bien parlé, particulièrement en ce qui a trait aux soins de santé primaires. Si l'on prend le modèle du quadrant et si l'on veut que l'intégration rapporte le plus possible, il faudra agir au niveau des soins de santé primaires. Comme le disait M. Stockwell, certaines des meilleures pratiques se situent au niveau des brèves interventions des praticiens dans les soins de santé primaires, et il faut voir comment nous allons bâtir ces capacités et les intégrer. Cela doit être fait, et il ne faut pas se préoccuper seulement des problèmes aigus et marginaux. Tâchons de voir à quel niveau nous pouvons obtenir l'effet maximum, et c'est probablement à ce niveau que nous pourrons peser le plus sur le cours des choses.

Il y a des années dans notre domaine que nous exigeons une taxe spéciale. C'est une idée populaire. Lorsque nous avons mis au point la stratégie contre le tabagisme en Nouvelle-Écosse, la mesure qui a eu le plus d'effets sur la réduction de la



tobacco use was taxation. This is crazy coming from a Canadian, but sometimes taxation is a good thing.

**Mr. Pelletier:** In my opening statement I mentioned the role of police, and one I thing I failed to mention but which shows a good linkage between policing, health, and, specifically, enforcement — and building on Mr. Perron's comments on anti-drug-profiteering legislation — and that we would support is taxing the outlaws. When we talk about profits from drugs, a good example of that is the drug treatment court. Mr. Perron might be able to give examples on how that works. However, a good example of the way the police are working with the health community on addictions is the drug treatment courts. Again, one thing we might consider is encouraging judges in the sentencing to impose substantial fines for marijuana growers or plant labs to be put back into those kinds of addictions services.

**Senator Keon:** That is a good idea if you can do it. Why should these fellows get a free ride?

The committee suspended.

The committee resumed.

**The Chairman:** Welcome back.

**Senator Cochrane:** I must tell you how pleased I was to hear from all of you and that you took the time to come before us. As you know, we are doing this report, and it is so important for all of Canada and those Canadians who need our help. I am pleased to have you here.

I must tell you that I was deeply interested in our earlier discussion, and it has added much to our deliberations. I think it is an absolute disgrace that, as someone mentioned this morning, Canada was the leader in addictions research 25 years ago but today we have fallen well below that mark. We should be ashamed of that, and I am hopeful that the work of this committee, together with your input, can help remedy that situation.

While I was eating my lunch, rather quickly, Mr. Chairman, I was reflecting on what was said this morning. We focused quite a lot on integration. I think it is fair to say that it was agreed by everyone around the table that integration is definitely needed. The challenge is that there are different ideas as to what integration means and how it should be realized. I am wondering, as we prepare our report, what our recommendations should be with regard to integration.

I should like to hear your focused thoughts on what the first step toward integration should be. What is a definition of "integration" that we can all agree on? What is the first step to take to begin the process? Is this something that is ongoing, where we will need a five- or ten-year plan? What are your thoughts?

consommation du tabac était de nature fiscale. Venant d'un Canadien, c'est une idée folle, mais parfois l'imposition est une bonne chose.

**M. Pelletier :** Dans mon allocution liminaire, j'ai mentionné le rôle de la police, et l'une des choses que j'ai oubliée de dire mais qui démontre qu'il y a un bon lien entre la police, la santé et, particulièrement, le respect des lois — et je m'appuie ici sur ce qu'a dit M. Perron sur la loi qui permet de saisir les profits issus du trafic des drogues —, et c'est que nous devons imposer les hors-la-loi. Quand on parle des profits du trafic de drogues, on en trouve un bon exemple dans les tribunaux qui infligent des mesures de désintoxication. M. Perron pourrait vous donner des exemples du fonctionnement de ces tribunaux. Ces tribunaux qui infligent des mesures de désintoxication sont un bon exemple de la façon dont la police collabore avec le milieu médical pour contrer les toxicomanies. Je le répète, l'une des mesures que l'on pourrait envisager, ce serait d'encourager les juges à infliger de fortes amendes à ceux qui cultivent la marijuana ou qui ont des laboratoires de culture, et faire en sorte que ces amendes servent à financer les services aux toxicomanes.

**Le sénateur Keon :** C'est une bonne idée, si elle est réalisable. Pourquoi encourager la resquille?

Le comité suspend ses travaux.

Le comité reprend ses travaux.

**Le président :** Heureux de vous voir de retour.

**Le sénateur Cochrane :** Je tiens à vous dire que j'étais très heureuse de vous entendre tous, et je vous remercie d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer. Comme vous le savez, nous sommes en train de rédiger ce rapport, et ce texte est très important pour tout le Canada et les Canadiens et Canadiennes qui ont besoin de notre aide. Je suis heureux de vous savoir des nôtres.

Je dois vous dire que j'ai écouté attentivement la discussion que nous avons eue plus tôt, et qu'elle a beaucoup enrichi notre réflexion. Je crois qu'il est absolument honteux, comme quelqu'un l'a dit ce matin, de voir que le Canada était le leader mondial de la recherche sur les toxicomanies il y a 25 ans mais que nous sommes loin du compte aujourd'hui. Nous devrions en avoir honte, et j'espère qu'avec les travaux de notre comité, conjugués à votre aide, nous permettront de remédier à cette situation.

Pendant que je déjeunais, à toute vitesse, monsieur le président, je songeais à ce qui avait été dit ce matin. Nous avons longuement parlé d'intégration. Il est permis d'en conclure, je crois, que tous ici présents sont d'accord pour dire que l'intégration est absolument nécessaire. Le problème, c'est qu'on ne s'entend pas sur la signification de l'intégration et sa mise en œuvre. À l'heure où nous rédigeons notre rapport, je me demande ce que nos recommandations devraient dire au sujet de l'intégration.

J'aimerais entendre les arguments réfléchis que vous avez sur ce qui devrait constituer la première étape de l'intégration. Quelle est la définition de « l'intégration » sur laquelle nous pourrions tous nous entendre? Quelle est la première chose à faire pour faire avancer le processus? Est-ce une œuvre en cours qui nécessitera un plan sur cinq ans ou dix ans? Qu'en pensez-vous?

**Mr. D. Kelly:** One of the first steps toward integration is bringing it to this type of level, a federal discussion, getting input from across the country and coming out with a plan that will support that.

The second step is the political will and political push to ensure that this agenda keeps going forward. That is and has always been the key for mental health and addictions. Without that political push, we fall by the wayside and the doctors and hospitals take over that issue. Quite honestly, we need the support to nurture the sectors.

I want to touch on what integration means. To me, it means seamless service delivery and the ability for people to go through the system without necessarily knowing that they are switching organizations. It is not a governance issue. Governance is separate, and should be kept separate, from integration. Governance will be addressed in the long run when you start looking at standards, outcomes and effectiveness and then measuring those. If organizations are not meeting what we could consider standards, then you will start to see integration happening; they will start looking at different ways of integrating their governance structure to get there.

The biggest commitment here is the political push and identifying this as an issue, so you have taken the first step. Congratulations!

**Mr. Wilbee:** We do need a plan. You cannot get to where you want to go without looking at the map. We need to do better in terms of planning it out.

I may be naive, but I have a suggestion. Our ministers of health get together every once in a while to talk about general issues. It would be nice to have a summit where the ministers or the deputies got together and talked specifically about this issue and the good work of this committee as well. One of the concerns that we have about how you make those changes politically is not only increasing the awareness, but educating people as to why it would be good to invest in this area. That is where I would start. As Mr. Perron has said, we do have our political masters, and if it is not on their agenda, we could have the best plan in the world and never get there.

**Mr. Perron:** I would have responded earlier, but you did say "focused" thoughts, so I needed a few minutes. Thank you, Mr. Kelly, for focusing much quicker than I could.

With respect to the definition of "integration," much that is on the table today would be helpful, as would the specificity the report can provide, perhaps even a glossary at the back to add to what you have: integrated versus integrative, systemic versus functional, continuum of care versus explicit interventions, the quadrant, yes; plus looking at the upstream investments and the prevention and promotion is all part of that definition of "integration."

**M. D. Kelly :** Pour faciliter l'intégration, l'une des premières choses à faire, c'est d'en discuter à ce niveau-ci, au niveau fédéral, pour avoir des avis qui proviendront de toutes les régions du pays, et de là, il faudra produire un plan qui ira dans le sens de ces avis.

La deuxième étape, c'est la volonté et l'élan politiques qu'il faut pour s'assurer de mettre les choses en train. Pour la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies, rien ne se fait sans cela. Sans cette impulsion politique, nous allons être oubliés, et les médecins et les hôpitaux vont occuper le terrain. Très franchement, nous avons besoin d'appui politique pour nourrir tous ces secteurs.

Un mot sur la signification de l'intégration. Pour moi, cela signifie des services homogènes et la capacité pour les gens de passer par le système sans nécessairement savoir qu'ils changent d'organisation. Ce n'est pas une question de gouvernance. La gouvernance est une chose distincte qui doit être séparée de l'intégration. On s'occupera de la gouvernance à long terme lorsqu'il sera question de normes, de résultats et d'efficacité, et des moyens de mesurer ces choses. Si les organisations ne respectent pas ce que nous appelons des normes, l'intégration va commencer à se faire; elles vont chercher alors divers moyens d'intégrer leur structure de gouvernance pour y arriver.

L'essentiel ici, c'est l'élan politique, et la volonté d'en faire un enjeu public, vous avez donc fait le premier pas. Toutes mes félicitations!

**M. Wilbee :** Nous avons besoin d'un plan en effet. On ne peut pas aller où on veut sans une carte. Nous devons mieux planifier.

Je suis peut-être naïf, mais j'ai une suggestion à vous faire. Nos ministres de la Santé se réunissent de temps à autre pour discuter de questions générales. Il serait bon d'organiser un sommet où les ministres ou leurs sous-ministres discuteraient exclusivement de cette question ainsi que du beau travail qu'a accompli votre comité. L'une des choses qui nous préoccupent lorsqu'on opère ces changements politiques, ce n'est pas seulement de mieux sensibiliser les gens, mais de faire comprendre aux gens pourquoi il est bon d'investir dans ce domaine. C'est là que je commencerais. Comme l'a dit M. Perron, les politiques sont nos maîtres, et si cette question ne fait pas partie de leurs préoccupations, vous auriez beau avoir le meilleur plan au monde, vous n'arriverez jamais à rien.

**M. Perron :** J'aurais répondu plus tôt, mais vous avez dit « arguments réfléchis », il m'a donc fallu quelques minutes. Merci, monsieur Kelly, d'avoir réfléchi beaucoup plus vite que je ne pourrais le faire.

En ce qui concerne la définition de « l'intégration », bon nombre des éléments dont nous avons discuté aujourd'hui seraient utiles, et l'on peut ajouter à cela le caractère particulier de votre rapport, et l'on pourrait même avoir à la fin un glossaire où l'on définirait les termes suivants : l'intégré par rapport à l'intégratif, le systémique par rapport au fonctionnel, les soins suivis par rapport aux interventions ponctuelles, le quadrant, oui; on pourrait aussi mentionner les investissements en amont et la prévention et la promotion, car tout cela fait partie de la définition de « l'intégration ».



I also asked the question, integration by whom? While I agree with the comment that we need to tackle community- and program-level interventions, I think we have to deal with governance at the same time. Otherwise, we will never get out of the gate. We can look at taking a page out of what we have done on the national framework for substance abuse. We tried to tackle the governance side at the same time as the specifics side. You have to do both at once; otherwise you do not see the interest, leadership and willingness to change at the macro level that the programs need. From my perch here in Ottawa and some of the other work we are doing, I think of doing both.

Also, one of the first steps is an understanding of what mechanism you will put in place for sustainability. What mechanism can you put in place that will carry on the work of this committee over the long haul once your mandate comes to a close? How can we capitalize on the expertise that you gathered and the recommendations? You need, in my mind, a champion, an entity, something that will carry this forward. I think there are many out there that are prepared to do that. There are many different models by which you can do it.

Among the other first steps is to build on what we already have. From an addiction perspective, if I can speak that way, acknowledge the work we have done with respect to the framework and the thematic workshops where we are trying to drill down to priorities, the work we have accomplished, while also recognizing there is more to do.

Let us tackle some of the easier problems first. Maybe we want to start with concurrent disorders. It is highly specialized. Let us start there, work our way back and pick some of the low-hanging fruit.

Ultimately, this does require sustained attention well beyond two or three years. It is a generational issue. When we look at prevention, there is a new grade 5 every year. We have to think in those terms. How do we ensure that sustainability? Again, that speaks to a champion for this issue.

**The Chairman:** A good example of that is that it took a generation to change attitudes towards the physically handicapped and people in wheelchairs.

**Mr. Skinner:** Those are the most compelling questions we should be struggling with. In my written comments, I tried to put some words on this, but again I do not know how helpful it is: The idea of a network of appropriate resources that can be effectively accessed and mobilized to help deal with the wide range of problems that people affected by addictive behaviours experience. The other notion is that you have an integrated system that is able to respond effectively at any moment, but also it needs to be able to help people over time; those elements need to be in it.

J'ai aussi posé la question, l'intégration d'accord, mais par qui? Je suis d'accord pour dire que nous devons opérer les interventions au niveau communautaire et des programmes, mais je crois aussi qu'il faut s'occuper au même moment de la question de la gouvernance. Autrement, rien ne va démarrer. Nous pouvons nous inspirer de ce que nous avons fait pour le cadre national de lutte contre les toxicomanies. Nous avons cherché à régler la question de la gouvernance en même temps que les détails. Vous devez faire les deux en même temps; autrement, on ne suscitera pas l'intérêt, l'initiative et la volonté qu'il faut pour opérer les grands changements dont les programmes ont besoin. Dans mon poste ici à Ottawa et dans les autres choses que nous faisons, je pense à faire les deux.

De même, l'une des premières choses à faire, c'est de comprendre le mécanisme qu'on mettra en place pour assurer la durabilité de l'initiative. Quels mécanismes pouvez-vous mettre en place pour poursuivre à long terme l'œuvre de votre comité une fois que vous vous serez acquitté de votre mandat? Comment pouvons-nous bâtir à partir de l'expertise que vous avez réunie et de vos recommandations? À mon avis, il vous faut un champion, une entité, un mécanisme quelconque qui poussera les choses plus loin. Je pense qu'il y a pas mal de gens qui sont prêts à faire cela. Il y a plusieurs modèles différents qui peuvent vous inspirer ici.

L'une des premières choses à faire, entre autres, c'est de bâtir à partir de ce que nous avons déjà. Du point de vue des toxicomanies, si je peux dire, il faut reconnaître le travail que nous avons fait en ce qui concerne le cadre et les ateliers thématiques où nous essayons de définir les priorités, le travail que nous avons accompli, tout en admettant aussi qu'il y a encore beaucoup à faire.

Attaquons-nous d'abord aux problèmes les plus faciles à régler. On pourrait peut-être commencer avec les troubles concomitants. C'est un domaine très spécialisé. Commençons là, prenons du recul et récoltons les fruits les plus faciles à récolter.

Au bout du compte, cela requiert une attention suivie qui va beaucoup plus loin que deux ou trois ans. C'est une question générationnelle. Au niveau de la prévention, il faut toujours tout réinventer. C'est en ces termes qu'il faut réfléchir. Comment allons-nous assurer la durabilité? Encore là, cela démontre la nécessité d'avoir un champion dans ce dossier.

**Le président :** Un bon exemple de cela, c'est qu'il a fallu une génération pour modifier les attitudes à l'égard des personnes handicapées et en fauteuil roulant.

**M. Skinner :** Ce sont là les questions qu'il faut régler de toute urgence. Dans mon mémoire, j'ai essayé de mettre cela en mots, mais je me demande encore dans quelle mesure c'est utile : l'idée d'un réseau de ressources appropriées auquel on aurait aisément accès et qui pourrait être mobilisé pour régler la vaste gamme de problèmes qu'éprouvent les personnes aux prises avec des toxicomanies. L'autre chose, c'est que vous avez un système intégré qui permet d'intervenir efficacement en tout temps, mais il faut aussi que ce système puisse aider les gens à long terme; ces éléments doivent figurer là-dedans.

When we talk about concurrent disorders, sometimes people might think we are trying to build a third entity here. It is important not to get that idea. For the concurrent disorders, it is a synthesizing of existing resources and drawing on the most specialized expertise from both of the streams to help people with complex problems. It is important to realize that. How could you effect that? You could start on a population basis and look at going that way. You could think of maybe the severely mentally ill with the most severe addictions. In fact, we have a lot of best practices there. The best-practice information gets weaker when you consider some of the other populations. We could draw on some leadership in that area. There are some definite things to do.

Another thought is training. We have an entire cohort of people out there who work in both systems. When we do training in concurrent disorders, our start-up message is not that you guys are back in boot camp and we have to train you all over again. Our assumption is that you have 80 per cent of the skills that you need to work with concurrent disorder issues, and our job is to give you the other 20 per cent. The 20 per cent will vary from system to system and from program to program. We have just developed at CAMH, where some colleagues of mine are trying to do concurrent disorders training, a self-assessment tool so mental health workers can identify the areas in addictions where they are competent and where they are not. Rather than giving people blanket training, you could specialize with particular individuals and be more economical and cost effective in directing the training. You will have more motivated learners. Rather than subjecting them to material they are already well aware of, their own learning needs are driving the agenda.

There are things we could be doing with the workforce to get people more into the game. Certainly people often freak out over the idea that they will have to do concurrent disorders work. We all have stereotypes too. Addiction workers have stereotypes about the mentally ill, and mental health workers have stereotypes about addictions. The classic one in addictions is that those people do not change. How can you help people with serious mental health problems? People with addictions do recover. We have a recovery belief. In the mental health system, people tend to view addiction clients as causing their own problems. They can understand schizophrenia because that is an organic process but they think that people who do stupid things such as taking drugs should simply stop taking drugs. Training is highly satisfying work because it begins with attitudes, values and beliefs and then moves on to particular skills. The idea of targeting the learning needs of particular groups of people with a view to making them more competent makes sense.

Quand on parle de troubles concomitants, certains pensent qu'on essaie de bâtir une troisième entité. Il ne faut pas en venir là. Pour les troubles concomitants, c'est la synthèse des ressources existantes et le recours à l'expertise la plus spécialisée des deux courants pour aider les gens qui ont des problèmes complexes. Il est important de comprendre cela. Comment y parvenir? On peut y aller sur la base de la population et commencer comme ça. On pourrait peut-être s'occuper d'abord de ceux qui ont une grave maladie mentale et qui ont les pires addictions. En fait, nous avons un tas de pratiques exemplaires de ce côté. Les informations sur les pratiques exemplaires sont moins riches lorsqu'on regarde du côté des autres populations. Nous pourrions profiter de certaines initiatives dans ce domaine. Il y a des choses précises à faire.

Il faut aussi songer à la formation. Nous avons toute une cohorte de personnes qui travaillent dans les deux systèmes. Quand nous dispensons une formation sur les troubles concomitants, nous disons d'emblée aux gens qu'on ne les renvoie pas à l'école pour les former de nouveau. Nous partons de l'hypothèse qu'ils ont 80 p. 100 des compétences dont ils ont besoin pour travailler dans le domaine des troubles concomitants, et que notre mission consiste à leur fournir les 20 p. 100 qui manquent. Ces 20 p. 100 vont varier d'un système à un autre et d'un programme à un autre. Nous venons de mettre au point au CAMH, de concert avec certains collègues à moi qui dispensent une formation sur les troubles concomitants, un outil d'autoévaluation qui permet aux travailleurs en santé mentale de cerner les toxicomanies pour lesquelles ils ont des compétences et celles où ils n'en ont pas. Au lieu de donner aux gens une formation générale, on peut donner une formation spécialisée à certaines personnes de telle manière que la formation soit plus économique et plus rentable. On va trouver ainsi plus d'apprenants motivés. Au lieu de les exposer à un savoir qu'ils maîtrisent déjà parfaitement, on leur donne une formation fondée sur leurs propres besoins.

Il y a des choses qu'on pourrait faire avec ces travailleurs pour les intéresser davantage. Il est sûr que les gens paniquent souvent lorsqu'on leur dit qu'ils vont devoir travailler avec des personnes ayant des troubles concomitants. Nous avons tous des stéréotypes en tête. Les travailleurs en toxicomanie ont des stéréotypes à propos des malades mentaux, et les travailleurs en santé mentale ont des stéréotypes à propos des toxicomanes. Dans le domaine des toxicomanies, le stéréotype classique c'est que les gens ne changent pas. Comment peut-on aider des gens qui ont de graves problèmes de santé mentale? Les personnes qui ont des toxicomanies peuvent, elles, s'en remettre. Nous croyons dans la guérison. Dans le système de santé mentale, les gens ont tendance à considérer les personnes qui ont des toxicomanies comme étant la cause de leurs propres problèmes. Ils peuvent comprendre le phénomène de la schizophrénie parce qu'il s'agit d'un processus organique, mais ils pensent que les gens qui font des sottises, comme prendre de la drogue, n'ont qu'à cesser de prendre de la drogue. La formation est un travail très stimulant parce qu'on commence avec les attitudes, les valeurs et les croyances, et qu'on passe de là aux compétences particulières. Il serait logique de définir les besoins en formation de groupes particuliers de personnes avec pour objectif de les rendre plus compétentes.



The other message of the Current Disorders Program is, It is not that we will give you new clients to work with but rather that we will give you a new lens through which to look at people in your care. That is the big message at the outset. These clients are in the programs but receiving only treatment for addictions or mental health stuff. If treatment providers recognize the complex needs of these clients, then perhaps some of these treatments for current disorders, CD, could be added to the programming, although there might be a need for collaboration and connections. That is the first message for people.

There is also a subversive message. If we consider concurrent disorders seriously, then we have to admit that a section of the population would be excluded because some people are not in either system because neither one meets their needs. That becomes another policy matter to consider the marginalized people who might be homeless, for example. They might be the most eligible for these services but are the least likely to become involved, or to do well, in these programs. I name that as another challenge. For starters, though, concurrent disorders training would help people to work more effectively and comprehensively with their clients.

I have another angle to be considered. This angle could be thought of as a capacity-building challenge in both addiction and mental health to help workers more readily identify and assess the complex problems that people have, in order to work with them. Outside those domains, many community services work with these clients. For example, the Scarborough Addiction Services Partnership receives funding of \$100,000 from the ministry each year. Rather than hire two workers for the centre, we call for proposals from community agencies to build their addiction capacities. They can receive grants and are supported by the addictions players in the Toronto area. The idea is to help non-specialized programs in the primary care system to develop their addictions capacity. You could do that on a broader basis. That is a good object lesson, an experiment if you will, or a practical on-the-ground illustration of ways in which it seems to be working.

There are a number of ways to mobilize people. In Scarborough it began with a small amount of money. That was a one-time fund initially but the ministry saw the potential and realized that for \$200,000 they were supporting an underfunded area that still needs more resources. We are doing more and government is getting more value for its \$200,000 by working this way than by having two addictions specialists work in a corner of Scarborough.

**Mr. Purvis:** I like Mr. Kelly's definition: It is not governance. A more positively framed definition of "integration" is "the capacity to address multiple client needs at every entry point." If we could do that, then we have integrated successfully.

L'autre message du Programme de traitement des troubles concomitants, c'est qu'on ne va leur donner de nouveaux clients à desservir, mais on va plutôt leur apprendre une nouvelle façon de voir les personnes dont ils s'occupent. C'est le message le plus important au départ. Ces clients sont inscrits au programme mais ne sont traités que pour les toxicomanies ou la santé mentale. Si les fournisseurs du traitement comprennent bien les besoins complexes de ces clients, on pourrait peut-être alors ajouter au programme certains de ces traitements pour les désordres courants, quoiqu'il faudrait peut-être de la collaboration et des connexions. C'est la première chose à dire aux gens.

Il y a aussi un message subversif. Si l'on prend au sérieux les troubles concomitants, nous devons alors admettre qu'un segment de la population sera exclu parce que certaines personnes ne figurent dans aucun système parce qu'aucun ne répond à leurs besoins. Il faudra donc une autre politique pour venir en aide aux personnes marginalisées, les sans-abri, par exemple. Ce sont peut-être celles qui ont le plus besoin de ces services mais qui sont les moins susceptibles de se faire aider, ou de profiter de ces programmes. C'est pour moi un défi distinct. Mais pour commencer, la formation sur les troubles concomitants aidera les personnes à mieux travailler avec leurs clients, et ce, de façon plus globale.

Il y a un autre angle dont il faut parler. Il pourrait s'agir ici des capacités qu'il faut édifier tant dans les domaines des toxicomanies que de la santé mentale pour aider les travailleurs à bien cerner et évaluer les problèmes complexes que les gens ont, afin de travailler avec eux. En dehors de ces domaines, de nombreux services communautaires travaillent avec ces clients. Par exemple, le Scarborough Addiction Services Partnership reçoit 100 000 \$ du ministère chaque année. Au lieu d'engager deux travailleurs pour le centre, nous invitons les services communautaires à se doter de leurs propres capacités en matière de toxicomanies. Ils peuvent recevoir des subventions et sont soutenus par les autorités responsables des toxicomanies de la région de Toronto. Le principe consiste à aider les programmes non spécialisés dans le système des soins primaires à acquérir des capacités en matière de toxicomanies. Vous pourriez faire cela sur une base plus large. C'est un bon projet pilote, une expérience si vous voulez, ou l'illustration pratique sur le terrain des choses qui semblent marcher.

Il y a divers moyens de mobiliser les gens. À Scarborough, on a commencé avec un petit montant d'argent. Il s'agissait d'une subvention ponctuelle à l'origine, mais le ministère en a vu le potentiel et a compris que, pour 200 000 \$, il soutenait un domaine sous-financé qui a encore besoin de plus de ressources. Nous en faisons plus, et le gouvernement en a plus pour son argent avec ses 200 000 \$ en travaillant de cette façon au lieu d'avoir deux spécialistes des toxicomanies qui travailleraient tout seuls dans leur coin à Scarborough.

**M. Purvis :** J'aime la définition de M. Kelly. Il ne s'agit pas de gouvernance. Une définition plus positive de « l'intégration », c'est la « capacité de répondre aux besoins multiples du client à tous les points d'entrée ». Si nous pouvions faire cela, l'intégration serait réussie.

I also like Senator Keon's comment that it is not about ownership. We need to find a way to address this and view it in terms of what is best for the client. In my position as director, when we look at service changes or working-hour changes, I think that the requests need to be framed through, "This will improve client service by...." If people can do that effectively, we will consider the proposed service change. People working in these systems truly care about their clients. If we can say, "This will improve the lives of your clients by....," then we will get the audience.

It can be a bit of a process. As Mr. Skinner alluded to, the first step is to raise awareness. There is much research and information to justify doing that first. There are bigger questions about how to do it but there is consensus on this being important and right for our clients.

Allowing public forums is important. One thing I like about this committee is its goal to encourage public debate. I am sure the committee has experienced a great deal of public debate, given some of the issues. If people have the freedom to talk, discuss and disagree on the process and work their way through it, then that will breed far more grassroots buy-in. If we do not have that kind of debate, then it will be deemed another push from the bureaucrats, with all due respect.

Once the awareness-raising happens, and people begin to get their heads around it, we will need resources and opportunities for them. Without those, it would be much ado about nothing. The resources must be available in your back pocket before you step forward into consciousness-raising. Otherwise, you are setting people up to disagree, and for it not to happen.

Also, you need to build in outcomes, measure the outcomes, and feed them back to the field. Nothing will increase the buy-in more in the field of mental health and addictions for a change in process than positive outcomes. People want to succeed and do well by their clients.

There needs to be an expectation around skill sets and the training and competencies that accompany them.

**Ms. Bradley:** My comment is on integration of addictions and mental health. If we accept Mr. Skinner's suggestion to perform the assessments, et cetera, we need a place for people to go. Often that is some kind of housing. We have to look at the broader determinants and have some integration and connections with the greater system. Otherwise, those clients will simply return to the system. Community resources, housing and education are important parts to be considered. We need to think broadly.

**Senator Cochrane:** I have two more questions on comments by Mr. Purvis and Mr. Skinner. You talked about the need for more research. Is there an information-sharing or network, either formally or informally, in use today. For example, is there a

J'aime aussi ce que dit le sénateur Keon à propos du droit de propriété. Nous devons trouver un moyen de régler cela et se demander au départ ce qui vaut mieux pour le client. Dans mon poste de directeur, lorsque nous envisageons des changements aux services ou aux horaires, je me dis que les besoins doivent être définis ainsi : « On améliorera le service à la clientèle en... » Si les gens peuvent faire cela efficacement, nous allons étudier les changements aux services qu'on propose. Les gens qui travaillent dans ces systèmes sont vraiment attachés à leurs clients. Si on peut leur dire : « Nous allons ainsi améliorer la vie de vos clients en... », à ce moment-là, ils vont nous écouter.

Cela peut prendre beaucoup de temps. Comme M. Skinner l'a dit, la première chose à faire, c'est d'éduquer les gens. Il y a beaucoup de recherches et d'informations qui justifient cette première étape. Il y a des questions plus vastes sur la façon de faire les choses, mais l'on s'entend généralement pour dire que c'est important et nécessaire pour nos clients.

Il est important de créer des forums publics. Ce que j'aime entre autres de votre comité, c'est qu'il a pour but d'encourager le débat public. Je suis sûr que le comité a vécu de nombreux débats publics étant donné les questions qui l'occupent. Si les gens ont la liberté de parler, de discuter, d'être en désaccord et d'harmoniser ensuite leurs vues, on encourage beaucoup plus l'adhésion. Si l'on n'organise pas ce genre de débats, on va penser que ce sont encore les bureaucrates qui poussent, sauf tout le respect que je leur dois.

Lorsque les gens commenceront à être sensibilisés et à comprendre le processus, il leur faudra des ressources et des possibilités, sinon on aura fait beaucoup de bruit pour rien. Il faut que les ressources soient assurées avant de lancer un programme de sensibilisation. À défaut de cela, on va au devant des désaccords et de l'échec.

En outre, il faut prévoir les résultats souhaités, les mesurer et en informer les intéressés. Il n'y a rien de tel que des résultats positifs pour mobiliser les intervenants du domaine de la santé mentale et des toxicomanies en faveur d'un nouveau processus. Les gens souhaitent réussir et offrir les meilleurs services possibles à leurs clients.

Il faut créer des attentes à l'égard des habiletés, de la formation et des compétences qui devront accompagner ce changement.

**Mme Bradley :** Mon observation porte sur l'intégration de la lutte contre les toxicomanies et de la santé mentale. Si nous acceptons la suggestion de M. Skinner de faire des évaluations, et cetera, les gens auront besoin d'un endroit où aller. Bien souvent, il faut un logement quelconque. Il faut tenir compte de l'ensemble des déterminants et assurer une certaine intégration et des rapports avec le système général. Sinon, ces clients retourneront tout simplement au système. Les ressources communautaires, le logement et l'éducation sont des éléments importants auxquels il faut songer. Nous devons avoir une vue d'ensemble.

**Le sénateur Cochrane :** J'ai deux autres questions au sujet des propos de M. Purvis et de M. Skinner. Vous avez parlé de la nécessité de faire plus de recherche. Est-ce qu'il y a un mécanisme ou un réseau de partage de l'information, formel ou informel. Par



database of success stories and best practices readily accessible to people working in the fields of mental health and addictions? That would be extremely valuable to their work.

**Ms. Bradley:** Yes, in Ontario there is such information available. At the federal level, a best-practice document was put out on concurrent disorders and women's issues. A large, best-practice document is available in Ontario that contains areas to enable agencies to check their own performances.

**Mr. Purvis:** As Ms. Bradley mentioned, Health Canada has been good at publishing best practice documents. In 1999, Alan Ogborne and Gary Roberts authored *Best Practices: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation*. Brian Rush wrote *The Best Practices — Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. One of the bonuses of working in the field of addictions is that there are several meta-analyses, available through the literature, showing what does work. There are four prominent ones, three of which were used by Alan Ogborne in his 1999 document. Much of the information is available. I cannot speak to mental health in that respect because I have not followed it as closely over the last six years.

**Mr. Grant:** In addition to what has been mentioned, there is a database of researchers in addictions. It is a joint project between Correctional Service Canada and the Canadian Centre on Substance Abuse. That was put together so that when someone had a question, there would be a resource to find people. Research literature is published in journals and also in government reports.

To build on that, one area where we lack resources in general is the ability to offer research expertise to smaller agencies. If Ms. Bradley's organization wants to do a comprehensive analysis on some program they have implemented, we do not have a way of directly supporting them. Certain organizations such as the Centre for Addiction and Mental Health have people, but on a national level we do not.

Many good programming opportunities or activities are going on in the community, but there are no evaluations of those programs. We do not know whether they have the kind of impact that they could have. Then, if we do not have the evaluation — the research that goes with those programs — we have no way of communicating those positive results.

That is why I had raised research as one of the key points in my recommendation. It is less an issue of getting the large multimillion-dollar Canadian Institutes of Health Research grants but rather the smaller ones that deal with the innovative program that somebody has put in place in Nova Scotia, Prince Edward Island or wherever in the country, so those kinds of smaller projects can be evaluated. That is where the innovation will come from, and what works and what does not.

exemple, y a-t-il une base de données répertoriant les réussites et les pratiques exemplaires facilement accessibles aux intervenants des domaines de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies? Cela pourrait leur être extrêmement utile.

**Mme Bradley :** Oui, en Ontario, cette information est disponible. Au niveau fédéral, il existe un document sur les pratiques exemplaires dans les domaines des troubles concomitants et des questions relatives aux femmes. En Ontario, il y a un gros document sur les pratiques exemplaires qui permet aux organismes de mesurer leur propre rendement.

**M. Purvis :** Comme Mme Bradley l'a mentionné, Santé Canada n'hésite pas à publier ses pratiques exemplaires. En 1999, Alan Ogborne et Gary Roberts ont écrit *Meilleures pratiques — Alcoolisme et toxicomanie — Traitement et réadaptation*. Brian Rush a écrit *Meilleures pratiques — Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. L'un des avantages qu'il y a à travailler dans le domaine des toxicomanies, c'est qu'il y a plusieurs méta-analyses expliquant ce qui fonctionne qui ont été publiées. Il y en a quatre principales, dont trois ont été reprises par Alan Ogborne dans son document de 1999. Il y a beaucoup d'information disponible. Je ne sais pas ce qu'il en est dans le domaine de la santé mentale, car je n'ai pas suivi cette question de près au cours des six dernières années.

**M. Grant :** Outre ce qui a déjà été mentionné, il existe aussi une base de données de chercheurs en matière de toxicomanie. Il s'agit d'un projet conjoint du Service correctionnel Canada et du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Cette base de données a été créée afin qu'il y ait une ressource pour les gens qui cherchent quelqu'un pour répondre à leurs questions. Les résultats des recherches sont publiés dans des revues spécialisées et des rapports gouvernementaux.

Cependant, il y a une lacune puisque nous ne pouvons pas fournir d'expertise en matière de recherche aux petits organismes. Si l'organisme de Mme Bradley souhaite réaliser une analyse complète d'un programme qu'il a mis en oeuvre, nous n'avons aucun moyen de l'aider directement. Certains organismes comme le Centre de toxicomanie et de santé mentale ont les ressources humaines nécessaires, mais ce n'est pas le cas au niveau national.

Il y a d'excellents programmes et activités au niveau communautaire, mais ces programmes ne font l'objet d'aucune évaluation. Nous ne savons pas s'ils ont autant d'impact qu'ils pourraient en avoir. Et faute de ces évaluations, et de la recherche qui accompagne ces programmes, nous n'avons aucun moyen de faire connaître les résultats positifs.

C'est pourquoi dans ma recommandation je mentionne l'importance de la recherche. Il ne s'agit pas tant d'obtenir des subventions de plusieurs millions de dollars des Instituts de recherche en santé du Canada, mais plutôt de petites subventions pour évaluer de modestes programmes novateurs mis en place en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard ou ailleurs au pays. C'est de là que viendra l'innovation et c'est là qu'on apprendra ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

**Mr. Weekes:** I must have sat in the office beside Mr. Grant for so many years that we think along the same lines. That is what I was going to say regarding the availability of expertise to assist programs and agencies with determining the efficacy of their interventions.

I thought I also heard the senator ask if there were databases that capture the successes. I got the sense that she meant in human terms. As a researcher, I get excited about statistics but like Mr. Purvis and perhaps others, I was trained as a clinical psychologist and what is lacking is what all this means, whether you are talking about major mental disorders and serious addiction or perhaps somewhat less severe problems and so on. What does that mean for Canadians who have those kinds of problems or who are fighting with them? I do not think that the kind of information exists. There are lots of stats but not a lot of human faces.

**The Chairman:** It has struck us as a committee, not just in mental health but on the rest of the health care system, how little resource allocation is outcome driven as opposed to input driven. When you think about it, the outcome is the only thing that matters. Are you telling us this is the same problem?

**Mr. Stockwell:** I think you have pointed to the key area. A lot of research has been done; and there are a lot of reports out there that people are not usually aware of. There is this whole need to disseminate and communicate.

The Centre for Addictions Research of B.C. has funds tied up in knowledge exchange. We have websites that have success stories but also draw on the latest literature reviews. Best practice information is accessible for anyone who wants to log into the website, [silink.ca](http://silink.ca).

The whole area in this information age is ripe for development. The idea of having sites where the latest information is fed in, summarized and synthesized expertly, but in a simple, continuous process, would be worth investing heavily in.

**Senator Cochrane:** You have talked about mental health and its determinants. I know education is one that is often cited. I am a former educator myself. In terms of addictions, what do the data tell us about the relationships between education levels attained and addictive behaviour?

**Mr. Skinner:** I was looking Mr. Stockwell's way, as our preventionist, but we know from the determinants-of-health point of view that socio-economic disadvantage correlates directly with problems in addiction and mental health. In the broadest sense, I suspect that, but I do not have anything specific.

**M. Weekes :** C'est probablement parce que j'ai été voisin de bureau de M. Grant pendant tellement d'années que nous pensons de la même façon. C'est exactement ce que j'allais dire au sujet de la disponibilité d'expertise pour aider les organismes à déterminer l'efficacité de leurs interventions.

Je crois que le sénateur voulait également savoir s'il existe des bases de données répertoriant les réussites. J'ai eu l'impression qu'il parlait sur le plan humain. En tant que chercheur, les statistiques m'emballent mais comme M. Purvis et d'autres peut-être, j'ai une formation de psychologue clinicien et ce qui fait défaut c'est le sens de tout cela, qu'il s'agisse de troubles mentaux majeurs et de toxicomanie grave ou de problèmes peut-être moins sérieux. Qu'est-ce que cela représente pour les Canadiens qui ont ce genre de problèmes ou qui luttent contre eux? Je ne pense pas que ce genre d'information existe. Il y a beaucoup de données statistiques, mais bien peu de données humaines.

**Le président :** Dans ce comité, nous avons été frappés de constater la faible proportion des ressources qui sont allouées en fonction des résultats plutôt que des intrants, et ce, pas seulement dans le secteur de la santé mentale, mais dans l'ensemble du système de soins de santé. Quand on y pense, le résultat est la seule chose qui compte. Êtes-vous en train de nous dire que c'est le même problème?

**M. Stockwell :** Je pense que vous avez mis le doigt sur le principal problème. On a fait beaucoup de recherches; il existe beaucoup de rapports que les gens en général ne connaissent pas. Il faut diffuser l'information et communiquer.

Le Centre for Addictions Research of B.C. a investi dans la communication des connaissances. Nous avons des sites Web qui présentent les réussites et qui rendent compte également de ce que nous clamons dans les publications récentes. N'importe qui peut visiter notre site dont l'adresse est [silink.ca](http://silink.ca) pour se renseigner sur les pratiques exemplaires.

Comme nous sommes à l'ère de l'information, il serait temps de développer tout cet aspect. Il serait bon d'investir d'importantes sommes pour créer des sites Internet où l'information la plus récente serait regroupée et résumée par des experts, mais d'une manière simple et continue.

**Le sénateur Cochrane :** Vous avez parlé de la santé mentale et de ses déterminants. Je sais que l'éducation est un facteur que l'on mentionne souvent. Je suis une ancienne enseignante. Qu'est-ce que les données nous disent au sujet de la relation entre le niveau de scolarité et la toxicomanie?

**M. Skinner :** Je regardais du côté de M. Stockwell, notre préventionniste, mais nous savons que du point de vue des déterminants de la santé, il y a une corrélation directe entre les facteurs socio-économiques et les problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Je soupçonne que c'est le cas, mais je n'ai pas de données précises.



**Mr. Stockwell:** Specifically in education, it is complicated. Generally speaking, the relationship, particularly with illicit drug use and addiction, is clear — that there is one indicator of disadvantage or lack of social assets, et cetera. Poor education is associated with an increased likelihood of problems with illicit drugs.

With legal drugs, there is still that association. However, what is different is that the bulk of people misusing alcohol and tobacco, while there is an extra risk of people who have various indicators of disadvantage such as lower education, the bulk of risk behaviours are engaged in by everyone. It is across all levels, particularly with legal drugs. For illicit substances, it is much more concentrated in groups that are disadvantaged.

If you look at income, the more people earn the more they spend on alcohol, for example, but the pattern of use may be less spiky. People who earn less are more disadvantaged; they have to save up and get really blasted one day a week as opposed to drinking a nice Chardonnay every day.

**Senator Cook:** Let me say at the beginning that the complexity of the dialogue around this table is limited only by my inability to understand it all. In a nation as diverse as this one, it is difficult to try and sort out what you are talking about. I believe it was Mr. Stockwell who talked about minimum national standards with the appropriate protocol for policy. Then, over the lunch hour I had an opportunity to glance through Mr. Perron's submission; and in his report he said he has collaborated with Health Canada and other partners to develop a national framework for action. We are looking at a framework and we are advocating national standards for this integrated process.

If you want to layer that over my thought process, I come from Newfoundland where there is a limited framework to integrate. When I thought about the integration, there is only one of each if we are lucky, but I guess everything starts with one.

If I want to dream a little and look at the gaps that would make life and living for the people that I represent more fulfilling or rewarding, I see some gaps. I want to put it out for you to think about.

What about the curriculum-based education for nurses, doctors and all professionals? Who is the gatekeeper if I am not feeling well? I cannot find a person that we care about; we have lost it in the systems, in the integration and whatever.

If you are not feeling well mentally, the gatekeeper is your family practitioner, who may or may not recognize what is happening to you. As well, in my province, the bill is covered for the first visit, but only three subsequent visits are allowed. Across this country, a cap prohibits family practitioners from treating addictions, substance abuse and mental illness. It is called the referral system and we are building a hierarchy.

**M. Stockwell :** L'éducation est un facteur compliqué. De manière générale, il y a une relation claire, particulièrement entre l'usage de drogues illicites et la toxicomanie et l'absence d'actifs sociaux, et cetera. Une faible scolarisation est associée à un risque accru de problèmes liés aux drogues illicites.

Il y a également un rapport avec les drogues licites. Toutefois, la différence c'est que la majorité des personnes qui abusent de l'alcool et du tabac appartiennent à toutes les catégories de la société, quoiqu'il y a un risque plus élevé pour les personnes qui ont divers désavantages, comme un faible taux de scolarité. L'abus de drogues licites se retrouve dans toutes les catégories, pour ce qui est des substances illicites, leur usage est beaucoup plus concentré parmi des groupes défavorisés.

Lorsqu'on examine le facteur du revenu, on constate que plus les gens gagnent d'argent plus ils en dépensent pour de l'alcool, par exemple, mais leur consommation est plus constante. Les personnes qui gagnent moins sont plus défavorisées; elles doivent économiser pour prendre une brosse une fois par semaine plutôt que de boire un agréable Chardonnay tous les jours.

**Le sénateur Cook :** Permettez-moi de dire tout d'abord que la complexité du dialogue autour de cette table n'est limitée que par mon incapacité de tout comprendre. Dans un pays aussi diversifié que le nôtre, il est difficile de comprendre ce dont vous parlez. Je crois que c'est M. Stockwell qui parlait de normes nationales minimales et d'un protocole d'exécution approprié. Puis, pendant le déjeuner, j'ai pu jeter un coup d'œil au mémoire de M. Perron dans lequel il dit avoir collaboré avec Santé Canada et d'autres partenaires à l'élaboration d'un cadre d'action national. Nous envisageons un cadre et des normes nationales pour un processus intégré.

Moi, je viens de Terre-Neuve où il y a un cadre restreint. J'ai pensé à l'intégration, mais c'est beau si nous avons un service dans chaque domaine, mais je suppose que c'est un point de départ.

Si je me permettais de rêver que je peux rendre la vie des personnes que je représente plus satisfaisante ou plus riche, je constate qu'il y a des lacunes. J'aimerais vous en parler pour que vous y réfléchissiez.

Qu'en est-il des programmes de formation des infirmières, des médecins et des autres professionnels? À qui est-ce que je m'adresse lorsque je ne me sens pas bien? Je ne sais pas qui est cette personne, nous l'avons perdu dans les systèmes, dans l'intégration, et cetera.

Si vous souffrez de troubles mentaux, vous devez vous adresser à votre médecin de famille, qui reconnaîtra ou ne reconnaîtra pas ce qui vous arrive. En outre, dans ma province, la première visite est gratuite, mais on ne permet que trois visites subséquentes. Dans notre pays, un plafond empêche les médecins de famille de traiter les toxicomanies, l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la maladie mentale. C'est le système d'orientation vers les spécialistes et nous sommes en train de créer une hiérarchie.

There must be continuing education. We have to go into the medical schools and the nursing schools with this system. An integrated system is a structural thing, but I also see it as something more than that. We can integrate all we like. I was part of a board that integrated six hospitals in the 1990s, one with two sites. That was painful and it cost a lot of money. Talk of integration makes me nervous because there are not enough dollars to go around.

We must put many elements into this process to serve the client that we are here to serve and that we care about.

Ms. Bradley spoke about the lack of training for counsellors. Can people be adequately trained in our colleges with two-year programs?

We talk about the nurse practitioner in primary health. We need to address gaps in our learning before we can integrate a system.

I am speaking to the reality of where I live, and I know that reality is entirely different from the large populations that you have. What are the gaps that we need to address to put out this national framework? You want to use the word "national" rather than federal. We must somehow work around the federal system. Health Canada is a reality. When I get time, I will study the structure of Health Canada to see where this all fits. However, we must work within the reality of where we are.

I would like to hear what you see as the perceived gaps, where we can tell the government of the day and Health Canada how we see it and how we think we can fix it. Maybe we can piggyback on the national framework for action. Is there an opportunity to get into the new public health agency? We have to get in somewhere to integrate the services. All the ideas are wonderful and our people will be well served if we can move it forward, but I am looking at the reality.

We have not talked about obesity and we have not talked about school curriculum for children, which I think is the basis of the system. At what point does this happen to a human being?

I see a number of gaps. How can we package them? Maybe we can get it in this national framework for action.

**Mr. Purvis:** Senator Cook makes a great point, especially on service delivery in rural Canada, which is near and dear to my heart. A colleague of mine, with whom I share a private practice, was the only psychiatrist in Port-aux-Basques for about 15 years.

**Senator Cook:** If you want to see a paediatric psychiatrist in Newfoundland, you have to wait for one to come from Nova Scotia. I say that to illustrate how diverse this country is.

**The Chairman:** Since many Torontonians think the country runs between the Don River and the Humber River, it is useful to understand that there is a different perspective in the country.

Il faut que la formation soit continue. Il faut aller dans les écoles de médecine et de sciences infirmières avec ce système. Un système intégré, c'est quelque chose de structurel, mais je pense que c'est plus que cela. Nous pouvons intégrer tout ce que nous voulons. J'ai été membre d'un conseil d'administration qui a intégré six hôpitaux dans les années 90, dont un hôpital sur deux sites. Ça a été difficile et ça a coûté très cher. Parler d'intégration me rend nerveuse, car il n'y a pas assez d'argent.

Nous devons intégrer de nombreux éléments dans ce processus afin de servir le client dont nous sommes responsables et dont le sort nous tient à cœur.

Mme Bradley a parlé du manque de formation pour les conseillers. Les programmes collégiaux de deux ans sont-ils suffisants?

Nous parlons du rôle de l'infirmière praticienne dans les services de santé primaires. Il faut combler les lacunes d'apprentissage avant de pouvoir avoir un système intégré.

Je parle de l'endroit où je vis, et je sais que pour vous, dans les grands centres, la réalité est tout à fait différente. Quelles sont les lacunes à combler pour pouvoir mettre en place un cadre national? Vous préférez utiliser le terme « national » plutôt que « fédéral ». Nous devons néanmoins travailler avec le système fédéral. Santé Canada est une réalité. Lorsque j'en aurai le temps, j'étudierai la structure de Santé Canada pour voir où tout cela s'insère. Cependant, nous devons tenir compte de nos différentes réalités.

J'aimerais que vous me disiez quelles lacunes vous percevez, afin que nous puissions en informer le gouvernement et Santé Canada pour voir comment nous pouvons les combler. Nous pouvons peut-être utiliser le cadre national. Est-il possible d'avoir accès à la nouvelle agence de santé publique? Il nous faut un point de départ pour l'intégration des services. Toutes les idées sont formidables et la population serait mieux servie si nous pouvions aller de l'avant mais j'essaie de tenir compte de la réalité.

Nous n'avons pas parlé de l'obésité ni du programme d'enseignement des enfants, qui est la base même du système à mon avis. À quel moment est-ce que cela arrive à un être humain?

Je vois de nombreuses lacunes. Comment pouvons-nous les regrouper? Peut-être pourrions-nous utiliser le cadre d'action national.

**M. Purvis :** Le sénateur Cook soulève un point très important, surtout en ce qui concerne la prestation de services dans les régions rurales du Canada qui me sont très chères. Un de mes collègues, avec qui je suis en pratique privée, a été le seul psychiatre de Port aux Basques pendant environ 15 ans.

**Le sénateur Cook :** Si vous voulez consulter un psychiatre pour enfants à Terre-Neuve, vous devez attendre qu'il en vienne un de Nouvelle-Écosse. Je mentionne cela pour vous montrer les différences qui existent dans ce pays.

**Le président :** Comme de nombreux Torontois croient que le pays s'étend de la rivière Don à la rivière Humber, il est utile de savoir qu'il y a une perspective différente.



**Mr. Purvis:** My colleague was the psychologist for the mental health clinic in Port aux Basques; she was the addictions counsellor and the gambling counsellor. Necessity integrated her.

The problem is really access, which is what Senator Cook is speaking to — one person doing many tasks. We are talking about delivering services within rural populations. One advantage is that you know the other partners, and people tend to do extra once they know each other. There tends to be that synergy, but it is an access issue.

It struck me that it really worked for my colleague because when she came here she had these diverse skills because she was the one-stop shop.

With regard to who the gatekeeper is, we know that our primary health care providers, the physicians, are our primary gatekeeper. We also know that 20- to 30-minute interventions by physicians provide some of the best outcomes for clients in reducing harm, mitigating damage and providing treatment outcomes.

When looking at integration, we need to look at how we compensate and train, and how we move toward the primary gatekeeper, which is the primary health care system.

With regard to obesity, it is possible to have synergy and collaboration back and forth. People who work within the addiction field are primarily behavioural change agents, and one of the issues behind obesity is behavioural change. As was mentioned earlier, the first and third cost drivers in the health care system are addictions, and the second is sedentary lifestyles leading to obesity. The second largest killer in our society sits in your living room; it is called your couch.

**Ms. Bradley:** The first issue is that addictions is not on the agenda. It is important to all of us, but for many portions of the population, and even government, it is not spoken of very often. This kind of thing brings the issue forward. We need to talk about it more and understand it better.

With regard to training physicians, nurses and social workers, some universities now have specialty programs for addictions. However, many of our clients will say that their doctor never asked them about their alcohol or drug use, and that it was only through their family, friends or work that the problem was picked up. Physicians are often embarrassed to ask the questions. This issue has to get on the agendas of the universities and the nursing schools to make it more of a normal question.

**M. Purvis :** Ma collègue était la seule psychologue à la clinique de santé mentale de Port aux Basques : elle était conseillère en toxicomanie et conseillère auprès des personnes ayant des problèmes de dépendance au jeu. La nécessité l'a intégrée.

Le véritable problème c'est l'accès, ce dont parlait le sénateur Cook — une personne qui remplit de nombreuses tâches. Nous parlons de prestation de services aux populations rurales. L'un des avantages est que nous connaissons les autres partenaires et les gens ont tendance à en faire un peu plus lorsqu'ils se connaissent. Il tend à se créer une synergie, mais c'est une question d'accès.

Je pense que ma collègue a eu du succès parce que lorsqu'elle est arrivée ici, elle avait de nombreuses compétences puisqu'elle était seule à fournir tous les services.

Pour ce qui est de la personne à qui il faut s'adresser, nous savons que les fournisseurs de soins de santé primaires, les médecins, sont les premiers intervenants. Nous savons également qu'une intervention de 20 à 30 minutes par le médecin donne parfois les meilleurs résultats pour les clients en réduisant les préjudices, en atténuant les dommages et en fournissant des traitements.

Pour réussir l'intégration, nous devons déterminer la rémunération et la formation et comment placer le premier intervenant, c'est-à-dire le système de soins de santé primaires, au cœur du système.

Pour ce qui est de l'obésité, il est possible de créer des synergies et de coopérer. Les gens qui travaillent dans le domaine des toxicomanies sont principalement des agents de modification du comportement et l'une des choses à faire pour vaincre l'obésité c'est de modifier les comportements. Comme je l'ai déjà mentionné, le premier et le troisième facteurs de coût du système de soins de santé sont les toxicomanies et le deuxième est un mode de vie sédentaire qui conduit à l'obésité. Le deuxième tueur en importance de notre société se trouve dans nos salons; c'est notre divan.

**Mme Bradley :** Le premier problème c'est que la toxicomanie n'est pas au programme. C'est important pour nous tous, mais dans de nombreux segments de la population, et même au gouvernement, on n'en parle pas très souvent. Ce genre de réunion attire l'attention sur ce problème. Nous devons en parler plus souvent et mieux le comprendre.

Pour ce qui est de la formation des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux, certaines universités offrent maintenant des spécialisations en toxicomanie. Toutefois, bon nombre de nos clients nous disent que leur médecin ne leur a jamais demandé s'ils prenaient de l'alcool ou des drogues et que c'est uniquement grâce à leurs familles, à leurs amis ou à leurs collègues que le problème a été décelé. Les médecins sont souvent gênés de poser les bonnes questions. Il faut que ces problèmes aient leur place dans les universités et les écoles de soins infirmiers pour que la question devienne plus normale.

Children are hugely affected. They are the next generation to whom we will offer services. Any agency that is working with women needs to help women learn how to take care of themselves while pregnant and to how to parent.

We recently put a child care centre in our organization. It is the most fantastic thing to see women coming in with their babies and children. They breastfeed during their treatment and it normalizes the whole experience. To help the next generation, we have to help the parents; we have to help the mother. These children are getting support at a very early age. One way to address healthy living for the family and the next generation, the child, is to not treat just the person with the identified problem. It is a big family issue and we cannot treat it in isolation with regard to the other things that are going on.

**Mr. Perron:** Ms. Bradley makes a couple interesting points. One is what I call "relevancy." You are right: we get up in the morning and we think addictions are mental health or mental illness. When Canada had a national drug strategy from 1992 to 1997, it died during program review. Eight bureaucrats in Ottawa shed a tear and we moved on. I was one of those bureaucrats. The point being is that it was also Canada's best kept secret. One challenge for us is to get people to understand the relevancy of these investments as it pertains to them.

My mother-in-law came to visit us from Winnipeg this week, decided to have a heart attack and went into the heart institute. The relevancy is immediate for me. It is something that we all think of, but alcohol, drug issues and mental illness is something people see as out there. The relevancy of our work is critical to its long-term success.

With respect to the missing pieces, my first reaction was there are not many, but that is probably not the correct answer. What is missing is someone or somehow to connect the dots out there. Let us keep it simple. There is tons of structure, governance and research. I am convinced we do not know what we know in this country. With all due respect to researchers, if we never did another stick of research we could live on what we know for the next 10 years. We do not want to do that because there is a significant amount of new stuff coming online that we have to take advantage of. One missing piece as we move this along is leadership and coordination.

Ms. Bradley spoke about two interesting community programs. Who paid for that first pot of coffee? That is what CCSA does and what we are supposed to do. Notwithstanding all our busy days, who calls meeting, pays for the coffee and says, "Let's talk about it?" Somebody had to take the initiative to forge that partnership and you did it or someone else did it. We are looking for something of the same nature.

Les enfants sont durement touchés. C'est la prochaine génération à laquelle nous allons offrir des services. Tout organisme qui travaille avec les femmes doit aider les femmes à apprendre comment prendre soin d'elles-mêmes pendant qu'elles sont enceintes et comment élever leurs enfants.

Nous avons récemment ouvert des garderies dans nos locaux. C'est absolument fantastique de voir les femmes venir avec leurs bébés et leurs enfants. Elles allaitent pendant leur traitement et cela rend toute l'expérience plus normale. Pour aider la prochaine génération, nous devons aider les parents; nous devons aider les mères. Ces enfants reçoivent un appui dès leur plus jeune âge. Une façon d'encourager un mode de vie sain pour la famille et pour la prochaine génération, pour les enfants, c'est de ne pas traiter juste la personne qui a un problème. C'est une question qui touche toute la famille et nous ne pouvons pas traiter une personne de manière isolée sans tenir compte de tout ce qui l'entoure.

**M. Perron :** Mme Bradley a soulevé des points intéressants. L'un d'entre eux est ce que j'appelle « la pertinence ». Vous avez raison : nous nous levons le matin et nous pensons que les toxicomanies sont des questions de santé et de maladie mentale. Le Canada a eu une stratégie nationale de lutte contre la drogue de 1992 à 1997 qui a été abolie dans le cadre de l'examen des programmes. Huit bureaucrates d'Ottawa ont versé une larme avant de passer à autre chose. J'étais l'un de ces bureaucrates. Je dois ajouter que c'était également un secret bien gardé. L'un des défis pour nous est de faire comprendre aux gens que ces investissements sont importants pour eux.

Ma belle-mère, qui habite à Toronto, est venue nous rendre visite cette semaine et elle en a profité pour faire une crise cardiaque. Elle a été hospitalisée à l'Institut de cardiologie. Pour moi, la pertinence est immédiate. C'est une chose à laquelle nous pensons tous, mais l'alcool, la drogue et la maladie mentale, on s'imagine que ça arrive toujours à d'autres. La pertinence de notre travail est essentielle pour notre succès à long terme.

Pour ce qui est des pièces manquantes, ma première réaction est qu'elles ne sont pas nombreuses, mais je me trompe probablement. Ce qui manque c'est quelqu'un ou quelque chose pour relier les différents éléments entre eux. Restons simples. Il y a des tonnes de structures, de gouvernances et de recherches. Je suis convaincu que nous ne savons pas ce que nous savons dans ce pays. Malgré tout le respect que j'ai pour les chercheurs, si nous ne faisons plus la moindre recherche, nous pourrions vivre avec ce que nous savons pour les 10 prochaines années. Nous ne voulons pas faire cela, car il y a beaucoup de nouveautés dont nous voulons profiter. Parmi les pièces manquantes, il y a le leadership et la coordination.

Mme Bradley a parlé de deux programmes communautaires intéressants. Qui les a financés; c'est ce que fait le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et c'est ce que nous sommes censés faire. Même si nous sommes tous très occupés, il faut bien que quelqu'un convoque une réunion, paie le café et dise « Parlons-en ». Quelqu'un doit prendre l'initiative de créer des partenariats et si ce n'est pas vous qui le faites, il faut que ce soit



It sounds easy, but it is difficult. Invariably, the person who calls the meeting comes with his or her mindset to it.

CCSA and Health Canada have tried to come at it from a government and non-government perspective, pay for that pot of coffee and say, "Who can then connect? Where are the gaps?" That is one thing that might be missing. I say that with a tremendous amount of respect to those who are championing the cause. I do not mean to cause any disrespect. It is being able to make that next step.

We would be silly to carry on the national framework thinking there is nothing out there beyond our worlds. Having something specific, whether it be concurrent disorders or reacting to the reports of the committee here of embedding recommendations in that process, is essential. As a custodian of that process, I will be more than happy to do that.

Many national frameworks are bouncing around the halls. Many have brilliance in them, but they have little ownership and governance flow-through. I am sorry to sound like a broken record, but that is where the rubber meets the road.

You can piggyback with the national framework. Speaking to the point that Senator Keon mentioned, as a custodian and as part of this framework — everybody is part owner of this — we will take it up and we will see how to move it along.

**Mr. Skinner:** I will start with the point of how to work from where we are. In some ways, there are good stories to be told about how rural communities do it better and quicker than urban communities in terms of integrating addictions and mental health.

Muskoka-Parry Sound has one addiction agency and one mental health agency. They read the best practices document. Their executive directors spoke and said they ought to do something about it, and they needed to put resources into it. They set up a concurrent disorder team to work with the severely mentally ill with serious addictions. They ran into a problem. They could not get a psychiatrist. There were some psychiatrists in their community, but they did not feel competent to do concurrent disorder work. They called our concurrent disorder service in Toronto. For the last few years, one of our psychiatrists has been going online and doing tele-video consultation and supervision with that team.

You are right that it can be paralyzing when you think of it nationally. On the other hand, you can do some things too if you start thinking nationally, or larger than your locality, if you will.

One thing a place such as Toronto that is often self-absorbed needs to be reminded about is that we have resources that do not belong just to us; they belong to everyone. How can

quelqu'un d'autre. Nous cherchons quelque chose du même genre. Ça semble facile, mais ce ne l'est pas. Invariablement, la personne qui convoque la réunion arrive avec des idées préconçues.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Santé Canada ont essayé d'aborder la question d'un point de vue gouvernemental et non gouvernemental, et ont essayé de déterminer avec qui il fallait établir des rapports et où étaient les lacunes. C'est peut-être ça qui fait défaut. J'ai énormément de respect pour ceux qui défendent cette cause. Je ne veux pas leur manquer de respect. Il s'agit de pouvoir franchir la prochaine étape.

Ce serait ridicule de parler d'un cadre national en s'imaginant qu'il n'existe rien en dehors de notre univers. Il est essentiel d'avoir des propositions précises, que ce soit en matière de troubles concomitants ou en réagissant au rapport de votre comité, que ce soit en formulant des recommandations. En tant que gardien de ce processus, je serai très heureux de m'en occuper.

Il existe de nombreux cadres nationaux et bon nombre d'entre eux sont excellents mais ils souffrent d'un manque de participation et de gouvernance. Je m'excuse si je me répète, mais c'est ça le véritable test.

Vous pouvez utiliser le cadre national. En réponse au sénateur Keon, en tant que gardien et en tant que membre de ce cadre — tout le monde en est responsable — nous allons voir ce que nous pouvons faire pour faire avancer cette idée.

**M. Skinner :** Je vais commencer par ce qu'il faut faire pour aller de l'avant. À certains égards, on entend souvent dire que les collectivités rurales sont plus efficaces et plus rapides que les communautés urbaines pour ce qui est d'intégrer les toxicomanies et la santé mentale.

Muskoka-Parry Sound a un organisme de lutte contre les toxicomanies et un organisme de santé mentale. Ils ont lu le document sur les pratiques exemplaires. Leurs directeurs exécutifs se sont parlés et ils ont décidé qu'ils devaient agir et qu'ils devaient affecter des ressources. Ils ont créé une équipe sur les troubles concomitants qui travaille avec les personnes qui souffrent de maladie mentale grave et de toxicomanie grave. Ils ont eu un problème. Ils n'ont pas pu trouver un psychiatre. Il y avait des psychiatres dans leur collectivité, mais ceux-ci ne se sentaient pas compétents pour travailler avec des patients qui ont des troubles concomitants. Ils ont appelé notre service de troubles concomitants à Toronto. Depuis quelques années, l'un de nos psychiatres conseille et supervise cette équipe en ligne et par télé-védoconférence.

C'est vrai que l'idée d'une action nationale peut être paralysante. Par contre, il est possible de faire certaines choses lorsqu'on a une perspective nationale, ou du moins qui va plus loin que votre localité.

Il faut rappeler à Toronto, qui a souvent tendance à ne voir que ses intérêts, que nous avons des ressources qui n'appartiennent pas qu'à nous; elles appartiennent à tout le monde. Comment

we access that? With new technologies, there are many ways that we can support people on the ground and give them access to services.

We have been talking about the problem-gambling area, but this issue extends beyond that subject. We have an appointment book for psychiatric consultations. We have a psychiatrist who specializes in gambling problems and their co-morbidities. That appointment book should belong to everyone in Ontario. They should be able to dial up, book an appointment, come online and have the consultation. We have a significant amount of expertise at CAMH. All that information should be available to help people with problems throughout Ontario. That is the way we need to use the specialized resources we have. The resources should not be enclaves that are withdrawn. We should have mechanisms of access. We can build that.

My experience with the people who use that is that they are stimulated by it. It is professionally satisfying to be involved in this area. You need to have ways of paying somebody to do a session. If somebody gave you three hours of consultation, the agency had the sessional monies, so they were able to negotiate that. That was the other bit of oil they needed. There are interesting ways we could begin to construct solutions where locally there are no paths if we start thinking about some of the forces we have nationally.

Another thing about addictions training is that most of the professions do not do it well, if at all. In psychiatry, for example, it is now a requirement of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada that psychiatrists have residency training in addictions. However, there has been a problem across the country delivering that because schools do not have the expertise. The University of Toronto trains about a quarter of the psychiatrists in the country. We have a concurrent disorder service. We are getting learners from Alberta, Manitoba and Newfoundland who want to get into our environment because they want to learn this stuff. We are facing the reality that we have to grow the expertise. We must look at a generation and a building process to get people to come through training to develop their own addiction psychiatry expertise to support communities. That is difficult to find.

We have been trying to recruit a chair in addiction psychiatry at the University of Toronto ever since the merger. We have not been able to find a candidate who will work for Canadian dollars and on Canadian terms. They are in an international market. There are too few experts in Canada. That is just psychiatry. It is probably worse in nursing. We need to do that in social work, as well. There is a huge curriculum agenda around addictions for health care and social service professionals.

pouvons-nous y avoir accès? Grâce aux nouvelles technologies, il y a de nombreux moyens d'aider les gens sur le terrain et de leur donner accès aux services.

Nous avons parlé des personnes qui ont des problèmes de dépendance au jeu, mais ça va plus loin que cela. Nous offrons des consultations psychiatriques. Nous avons un psychiatre qui se spécialise dans les problèmes de jeu et leurs comorbidités. Tout le monde en Ontario devrait avoir accès à ce service. On devrait pouvoir composer un numéro de téléphone, prendre un rendez-vous, et avoir une consultation en ligne. Nous avons beaucoup d'expertise au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Toute cette information devrait être disponible pour aider tous les Ontariens qui ont ces problèmes. C'est ainsi que nous devrions utiliser les ressources spécialisées que nous avons. Les ressources ne doivent pas être enclavées. Il faut qu'il y ait des mécanismes d'accès et nous pouvons en construire.

D'après mon expérience auprès des usagers, c'est cela qui les stimule. Sur le plan professionnel, c'est satisfaisant de travailler dans ce domaine. Il faut pouvoir rémunérer quelqu'un qui fait des consultations. Si quelqu'un vous donne trois heures de consultation, c'est que l'organisme a l'argent nécessaire et qu'il a pu négocier. C'est l'autre coup de pouce dont ils avaient besoin. Lorsqu'on tient compte des forces dont on dispose à l'échelle nationale, on constate qu'il y a des moyens intéressants de mettre en place des solutions lorsqu'il n'y a pas de mécanismes locaux.

Pour ce qui est de la formation en matière de toxicomanie, la plupart des professions ne s'en acquittent pas très bien, et parfois pas du tout. Par exemple, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada exige maintenant que les psychiatres fassent un stage dans ce service de lutte contre les toxicomanies. Toutefois, dans certaines régions du pays, cela pose problème car certaines écoles n'ont pas les compétences nécessaires. L'Université de Toronto forme environ le quart des psychiatres canadiens. Nous avons un service de troubles concomitants. Nous recevons des stagiaires de l'Alberta, du Manitoba et de Terre-Neuve qui veulent recevoir une formation dans ce domaine. Le fait est que nous devons développer cette expertise. Nous devons mettre en place un processus qui permettra à la prochaine génération de recevoir une formation qui lui permettra d'acquérir sa propre expertise en matière de traitement psychiatrique des toxicomanies pour appuyer les collectivités. Ce sera difficile à trouver.

Nous avons essayé de recruter quelqu'un pour occuper la chaire de psychiatrie des toxicomanies à l'Université de Toronto depuis la fusion. Nous n'avons pas réussi à trouver un candidat qui accepte de travailler selon les modalités canadiennes et d'être rémunéré en dollars canadiens. Nous faisons face à une concurrence internationale. Il y a trop peu d'experts au Canada. Et c'est juste pour la psychiatrie. C'est probablement pire dans le domaine des soins infirmiers. On a le même problème aussi dans le domaine du travail social. Les professionnels de la santé et des services sociaux ont beaucoup à apprendre au sujet des toxicomanies.



**Mr. D. Kelly:** The difference between urban and rural areas begins to come down to capacity issues. If you look at this on a national framework, and you want to address the capacity issues, you must look at the health accord and the health accord funding. The health accord presently goes to 2006-07. To take forward a framework, to have that be effective and to have an impact across the country, and to look at what is happening with mental health where you have seen varying success coming out because of the agreements or the accord funding. The process to look at what will happen after 2006-07 should start soon. If we were to come forward with a national framework after looking at some of the outcomes in mental health, and if we were to see the good that has come out of it, we could go forward with regard to addictions.

**Senator Cook:** There are protocols for wait times regarding heart disease, for instance. How do you learned people feel about wait times for people with mental illness and addictions?

**The Chairman:** Thus far, we have not heard anything about the wait time issue. We heard about it in connection with our previous study. For better or worse, we put the issue on the national agenda. I do not know if there is an issue of wait times for addictions and mental health services.

**Mr. J. Kelly:** Senator, you asked about pieces that are missing. What struck me immediately was the number of times I have read and heard presentations at conferences about childhood trauma, abuse and addiction. What I am about to say is not just about how to improve the treatment system but how to decrease the demand for the treatment system. An increased effort to deal with damaged children will have as much impact on the addiction treatment system as anything done directly in the addiction treatment system.

A five-year old child who is damaged will be in the Children's Aid Society system, in the addiction system and in the correctional system. It all starts early. If this committee can reinforce the inevitability of this, then that would be a useful thing to say.

**Ms. Bradley:** I could say something about childhood trauma and the work that some women's agencies are trying to do in terms of braiding the recovery of the woman with her addiction recovery. People that have been traumatized will often traumatize the next generation. If they are in the system, it has to begin at the parenting level. There has to be identification of the issue and an understanding of what is abuse. We have to look at much broader issues than just addiction.

We are a provincial agency with a three-month waiting period, which is just a snapshot of the way things are now. We have women all over the province who are waiting to get in. However, another dilemma emerges. We have a specific program for pregnant women. It is an outreach program in the city of Toronto. We see more and more women coming in who are pregnant. There is a small window through which you need to get them in because that is when you are trying to prevent the fetal damage. We already have a three-month waiting period.

**M. D. Kelly :** La différence entre les régions urbaines et rurales se résume à une question de capacité. Dans une perspective nationale, si l'on veut régler le problème des capacités, il faut penser à l'accord sur le renouvellement des soins de santé et au financement de cet accord. Cet accord prend fin en 2006-2007. Il faudra bientôt commencer à se demander ce qui arrivera après 2006-2007 si on veut avoir un cadre qui sera efficace et qui aura un impact dans l'ensemble du pays et nous devons examiner ce qui se passe dans le secteur des soins de santé où les succès varient en raison des ententes ou du financement de l'accord. Après avoir examiné les résultats du secteur des soins de la santé, nous pourrions prendre ce qui fonctionne dans le cas des toxicomanies et les intégrer dans un cadre national.

**Le sénateur Cook :** Il y a des protocoles pour les temps d'attente pour les maladies cardiaques, par exemple. Que pensez-vous des temps d'attente pour les gens souffrant de maladie mentale et de toxicomanie?

**Le président :** Jusqu'ici, nous n'avons rien entendu à propos des temps d'attente. Il en avait été question dans notre précédente étude. Pour le meilleur ou pour le pire, nous avons mis la question au programme national. Je ne sais pas s'il y a un problème de temps d'attente pour les toxicomanies et la santé mentale.

**M. J. Kelly :** Sénateur, vous avez parlé d'éléments manquants. Ce qui m'a tout de suite frappé, c'est le nombre de fois que j'ai lu ou entendu des exposés sur les traumatismes infantiles, la violence et la toxicomanie dont sont victimes les enfants. Je ne veux pas simplement vous parler de la façon d'améliorer le système de traitement mais plutôt de réduire la demande pour ce système. Si l'on fait davantage pour les enfants qui ont des problèmes, on réduira autant les pressions sur le système de traitement de la toxicomanie que tout ce que l'on peut faire directement pour ce système.

Un enfant de cinq ans qui a de gros problèmes sera client de la Société d'aide à l'enfance, du système de traitement des toxicomanies et du système correctionnel. Si votre comité pouvait faire quelque chose pour faire comprendre que ceci est inévitable, ce serait très utile.

**Mme Bradley :** J'aimerais parler des traumatismes infantiles et du travail que font certains organismes féminins pour aider les femmes à se sortir de la toxicomanie. Les gens qui ont été traumatisés traumatiseront souvent la génération suivante. S'ils sont dans le système, il faut que cela commence par une intervention auprès des parents. Il faut diagnostiquer le problème et savoir en quoi consiste la violence. Il faut considérer les choses dans un contexte beaucoup plus large que celui de la toxicomanie.

Nous sommes un organisme provincial où la période d'attente est de trois mois, ce qui reflète assez bien la situation actuelle. Il y a des femmes de toute la province qui sont en attente. Il y a toutefois d'autres nouveaux dilemmes. Nous avons un programme spécifique pour les femmes enceintes. Nous essayons d'atteindre ces femmes dans la ville de Toronto. Il y a de plus en plus de femmes que nous traitons qui sont enceintes. Il faut pouvoir intervenir rapidement pour essayer de prévenir le dommage foetal. Nous avons déjà une période d'attente de trois

Somebody on hold at our centre, or getting out-patient services, will have done everything they are supposed to do to get themselves ready to come in. They may work in their community to keep themselves supported the best way they can. Then we have a pregnant woman who needs to jump the queue. We are trying to think of client-centred care and best practices. However, both these women need service. We do not have enough beds or services to accommodate them.

In the short time we have done the Pathways program for the pregnant and parenting women, we have had many births. We started the program four years ago. I cannot tell you the exact number. However, the birth weights are up. The women are going to full term. They are scoring much higher on the Apgar. We know this will make a big difference if we can intervene at that early stage. It is where we need to get to for the future, but we do not have enough resources in our system to accommodate what we have.

We created a program. I remember saying, if we build it they will come. They are here now, but they are putting more pressure on already scarce resources in our system.

**The Chairman:** Mr. Purvis, do you have any sense of the waiting time?

**Mr. Purvis:** In my capacity as director for mental health, one of my jobs was triaging the wait list. We would have emergent patients, who would be seen that day. Those labelled urgent would be seen in a month. It is pretty fuzzy classifying someone as urgent when the list gets long. Those classed as general would be seen in six months. There were euphemisms around the therapeutic effect of the wait list because, eventually, once six months rolled around, people would not show up. Go figure.

One thing I like about the addictions services system in Nova Scotia is that for basic service there is a three-week quality standard behind access. However, when folks decide for the first time that they want to address an addiction, three weeks is too long. If you cannot get them in that day, it will be several months to a year before they phone you again. However, three weeks is much better than six months.

When you move that into specialty and longer-term structured treatment, in New Brunswick, for example, they have several hundred on their wait list for methadone maintenance therapy. As you push further into the specialized treatment, the wait lists become more reflective of mental health. Access is probably the single greatest complaint we have with the system.

**The Chairman:** As you know, the federal government appointed Dr. Brian Postl head of the Winnipeg Regional Health Authority to help make progress on wait times. He has been talking to various provinces. He came to the conclusion that the wait times for mental health and addiction services were every bit as long as, or worse than, some of the other five items that were on the list including joint replacement, imaging and so on.

mois. Quelqu'un qui attend des soins du centre ou qui reçoit des services externes a fait tout ce qu'il fallait pour se préparer à être admis. Cette personne peut travailler localement pour essayer de subvenir à ses besoins. Tout d'un coup, il y a une femme enceinte à qui l'on doit donner la priorité. Nous essayons d'orienter nos soins sur les clients et de suivre des pratiques exemplaires. Toutefois, ces deux femmes doivent être servies. Nous n'avons pas suffisamment de lits ni de services pour nous occuper d'elles.

Depuis que nous avons le programme « Le retour à la collectivité pour les femmes enceintes et celles qui ont de jeunes enfants », il y a eu beaucoup de naissances. Ce programme a débuté il y a quatre ans. Je ne puis vous donner de chiffres exacts. Toutefois, les poids à la naissance ont augmenté. Les femmes vont jusqu'au bout de leur grossesse. Elles ont de bien meilleurs scores à l'Apgar. Nous savons que cela aura des résultats très positifs si nous pouvons intervenir tout de suite. C'est ce que nous devons faire pour l'avenir mais nous n'avons pas suffisamment de ressources dans le système pour servir celles qui en ont besoin.

Nous avons mis sur pied un programme. Je me rappelle avoir dit que si nous le mettions sur pied, elles viendraient. Elles sont là mais elles sont déjà plus nombreuses que ne peut servir notre système.

**Le président :** Monsieur Purvis, avez-vous une idée du temps d'attente?

**M. Purvis :** En tant que directeur des services de santé mentale, une de mes fonctions consistait à trier la liste d'attente. Nous avions les nouveaux patients, que l'on voyait le jour même. Ceux que l'on déclarait urgents étaient vus dans le mois. Il est un peu difficile de mettre quelqu'un dans la catégorie urgente quand la liste s'allonge. Ceux qui se retrouvaient dans la catégorie générale étaient vus dans les six mois. On employait des euphémismes pour décrire les conséquences de la liste d'attente pour les traitements parce qu'en définitive, après six mois, les gens ne se présentaient pas. Reste à savoir pourquoi.

Ce qui me plaît à propos du système en Nouvelle-Écosse, c'est que pour le service de base, la norme est de trois semaines d'attente. Toutefois, lorsque quelqu'un décide pour la première fois de faire quelque chose à propos d'une toxicomanie, trois semaines, c'est trop long. Si on ne peut les voir le même jour, il faudra plusieurs mois sinon un an avant qu'ils retéléphonent. Toutefois, trois semaines, c'est beaucoup mieux que six mois.

Quand on parle de spécialité et de traitement structuré à plus long terme, au Nouveau-Brunswick, par exemple, il y a des centaines de personnes qui figurent à la liste d'attente pour une thérapie d'entretien à la méthadone. Plus le traitement est spécialisé, plus les listes d'attente reflètent le degré de maladie mentale. L'accès est probablement le pire problème que nous connaissons.

**Le président :** Comme vous le savez, le gouvernement fédéral a nommé le Dr Brian Postl à la tête de l'Office régional de la santé de Winnipeg en vue d'aider à réduire les temps d'attente. Il s'est adressé à diverses provinces. Il en est arrivé à la conclusion que les temps d'attente pour les services de toxicomanie et de santé mentale étaient tout aussi longs, sinon pires, que certains des cinq autres éléments qui se trouvaient à la liste, notamment le



He had the courage to raise with the provinces the issue that maybe this ought to be added to the list. He was totally shot down in flames. I have not heard that from him. I have heard it from several provinces.

**Senator Cook:** What prompted my question was that last Friday on the flight coming up I read a full page article in *The Chronicle Herald* of Halifax around the issue of wait times for various categories, including addictions and substance abuse. The last paragraph said it all; there should be no wait times. If you have a problem, and you are told you have a wait time, you sit in emergency until you are seen.

The issue is out there on the public agenda. It is on the front page. It was a full-page article.

**Senator Callbeck:** Thank you all for coming today and sharing your views.

This morning, we talked about whether new funding was necessary and, if so, where we would get it. The idea of 5 cents a drink was chucked out. I want to ask a question about a pot of money which, to my understanding, is just sitting there. It is money that comes from the proceeds of gambling.

It is to help people who have problems with gambling. However, millions of dollars are not used. The money just sits there. Why not use that for other addictions? In other words, do we need a stream of money from one place for gambling and another stream of money for people with problems with alcohol? Why can it not all go into one pot?

**Mr. J. Kelly:** Where the money is, I do not know. Ontario was behind for a while in terms of the money that was coming in. In fact, money was reallocated through the back door to addiction programs that were not gambling.

Several provinces have not spent all the money. I imagine they are catching up on that now. Part of it was that when a system was started, such as the gambling counselling programs across the country, almost all the provinces had gambling counselling available and relatively little demand. They had counsellors that were ready but not getting many customers. I believe that is changing, at least in Ontario, and I hear that demand is growing all the time. It is like any other human service. When it is available, there is not a quick uptake. Then seven years later there is a long waiting list and you have the same problem. I have seen this pattern in group homes for people with developmental handicaps and services for disabled people. I think the issue of not spending the gambling money is not going to last, or likely it is over in most places right now.

**Senator Callbeck:** Is it possible for this money to go into one pot to service addictions, or do you need to have certain streams for specific things?

remplacement d'articulation, l'imagerie, et cetera. Il a eu le courage de dire aux provinces qu'il faudrait peut-être ajouter cela à la liste. Il s'est fait incendier. Ce n'est pas lui qui me l'a dit, ce sont plusieurs provinces.

**Le sénateur Cook :** Ce qui m'a poussée à poser cette question, c'est que vendredi dernier, en arrivant par avion, j'ai lu un article de toute une page dans *The Chronicle Herald* de Halifax à propos des temps d'attente dans diverses catégories, notamment la toxicomanie et l'abus d'alcool et d'autres drogues. Le dernier paragraphe résumait bien les choses; ces temps d'attente devraient disparaître. Si l'on a un problème et qu'on vous dit qu'il faut attendre, on reste à l'urgence jusqu'à ce que l'on vous voie.

C'est donc un problème bien connu. Cela a fait la une des journaux. C'était un article d'une page entière.

**Le sénateur Callbeck :** Merci à vous tous d'être venus aujourd'hui nous présenter votre point de vue.

Ce matin, on se demandait si de nouvelles ressources financières étaient nécessaires et, dans l'affirmative, d'où elles pourraient venir. On a pensé à l'idée de cinq cents le verre d'alcool. J'aimerais vous interroger sur un montant d'argent qui, à ma connaissance, semble rester inutilisé. L'argent qui vient des produits du jeu.

Il s'agit d'aider les gens qui ont des problèmes de jeu invétérés. Toutefois, il y a des millions de dollars que l'on n'utilise pas. C'est de l'argent qui reste à rien faire. Pourquoi ne pas l'utiliser pour d'autres accoutumances? Autrement dit, faut-il que l'argent vienne d'une source précise pour les problèmes de jeu et d'une autre pour les problèmes d'alcoolisme? Pourquoi ne peut-on pas tout mettre en commun?

**M. J. Kelly :** Je ne sais pas où se trouve cet argent. L'Ontario avait du mal pendant un certain temps à trouver des fonds. En fait, des montants étaient réaffectés par derrière à des programmes de lutte contre l'accoutumance qui n'avaient rien à voir avec le jeu.

Plusieurs provinces n'ont pas dépensé tout l'argent. Je suppose qu'elles rattrapent maintenant le temps perdu. Lorsqu'on a mis sur pied un système comme celui des programmes de conseil en matière de jeu, dans tout le pays, presque toutes les provinces avaient des services de conseil mais la demande était relativement faible. Il y avait des conseillers qui étaient là près à aider mais qui ne recevaient pas beaucoup de clients. Je crois que cela change, du moins en Ontario, et je crois que la demande augmente sans cesse. C'est comme tout autre service aux personnes. Quand on l'offre, il faut un certain temps pour qu'on en profite. Mais sept ans plus tard, il y a une longue liste d'attente et l'on se retrouve face au même problème. J'ai vu la même chose dans les foyers pour personnes connaissant des problèmes de développement et pour les services offerts aux personnes handicapées. Je ne pense pas qu'il y aura très longtemps un problème de non-utilisation des produits du jeu s'il existe encore.

**Le sénateur Callbeck :** Est-il possible que cet argent soit versé dans la même caisse servant à financer les services de lutte contre la toxicomanie ou faut-il avoir des caisses distinctes?

By the way, the person I was talking to indicated that they felt in Ontario there were millions and millions of dollars sitting there.

**Mr. J. Kelly:** No.

**Mr. Perron:** At some level, having all the money sitting in one pot, as it were, is appealing in terms of leveraging investments, understanding, reducing duplication and things of that nature. Practically speaking, I am not sure how ready we are for that sort of thing. Some would say we have it in one big pot called the General Revenue Fund, and then we have problems getting it earmarked for this type of thing. Putting it into one pot would be interesting if we could create some means by which the provinces and the federal government, through memorandum of understanding, would agree to share funding research commonly for the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, INMHA, or perhaps contribute generally to the priorities that are identified commonly as part of a framework or whatever the case may be.

Structurally, I could see a lot of red flags going up for some of the bureaucrats. The other issue that is a problem vis-à-vis budgets is that if you do not use the money there is no intention in supporting another arm of the system that is short of money. Invariably, the opportunity of using it for anything else that might ultimately support the system is limited today because of the attention to detail: the accountability to make sure that dollar goes from here to there and you can measure exactly where it goes, particularly at the federal level, given the hyper attention to following the dollar and making sure it gets to where it is supposed to go.

I believe something of that nature could be cobbled together, and in fact should be cobbled together, because these funds should not only be drawn from federal reserves but other reserves. It is a matter of starting the discussion of putting the money on the table. It is possible. We have seen proxies of that in the way some of our projects have been funded, the Canadian Addiction Survey, for instance.

We did not have addiction-survey prevalence data for 10 years in Canada. We were sitting around in 2002 in Montreal, and Alberta finally said, this is nuts — I am paraphrasing — I will put \$200,000 down to get a national prevalence survey. I am sick of waiting for the feds to do it. The feds did not have the money to do it. Then Ontario said it had some money, and little by little we came up with \$500,000. I asked Health Canada to match that. They said, wonderful, and from there we actually got a \$1.3-million project off the ground with a lot of money at the table. Ultimately, it resulted in more interest in the actual project at the end of the day because everyone owned it. There are proxies of what you suggest and it could be exploited even more on a project basis as a suggestion.

**Senator Callbeck:** I have a question for Mr. Grant on the harm-reduction programming in the correctional institutes. What is the status of that right now?

Vous savez, la personne à laquelle je parlais m'a dit qu'on avait l'impression qu'en Ontario il y avait des millions et des millions de dollars qui restaient là à ne rien faire.

**M. J. Kelly :** Non.

**M. Perron :** Dans un sens, tout verser à la même caisse pourrait être intéressant pour faciliter certains investissements, mieux comprendre les choses, réduire le double emploi, et cetera. Pratiquement, je ne sais pas si nous sommes prêts d'en arriver là. Certains diraient que tout peut être versé au Trésor public mais, ensuite, il est difficile d'obtenir que certains montants soient réservés pour ce genre de chose. Tout regrouper pourrait être intéressant si l'on pouvait trouver un moyen par lequel les provinces et le gouvernement fédéral, par le biais de protocoles d'entente, conviendraient de participer conjointement à la recherche pour l'Institut de neurosciences, santé mentale et toxicomanie ou peut-être de contribuer généralement aux priorités communes selon certains paramètres ou autres conditions.

Structurellement, je suis sûr que certains fonctionnaires auraient de sérieuses réserves. L'autre problème budgétaire est que si l'on n'utilise pas l'argent, il n'est pas question d'aider un autre secteur qui en manque. Évidemment, la possibilité de l'utiliser pour quoi que ce soit d'autre qui pourrait finalement aider le système est limitée par des questions de comptabilité et le fait qu'il faut pouvoir mesurer exactement d'où vient l'argent et où il va, en particulier au palier fédéral, surtout dans le contexte actuel où il faut s'assurer que l'argent aboutit bien à la destination prévue.

J'estime qu'il faudrait envisager quelque chose de ce genre en effet parce que ces fonds ne devraient pas seulement venir du Trésor fédéral mais également d'ailleurs. Il s'agit d'entamer des pourparlers, de se déclarer prêt à investir. C'est possible. C'est ainsi par exemple qu'ont été financés certains de nos projets tels que l'Étude canadienne des toxicomanies.

Pendant dix ans, au Canada, nous n'avions pas de données de prévalence sur les toxicomanies. À Montréal, en 2002, nous étions tous là et l'Alberta a finalement déclaré, c'est ridicule, je paraphrase évidemment, nous mettons 200 000 \$ pour faire une étude de prévalence nationale. Il y en a assez d'attendre que le fédéral le fasse. Le fédéral n'avait pas les moyens de le faire. L'Ontario a alors dit qu'il pouvait également contribuer et, petit à petit, nous avons réuni 500 000 \$. J'ai demandé à Santé Canada d'en mettre autant. Le ministère a été ravi d'accepter et cela nous a permis de lancer un projet de 1,3 million de dollars avec beaucoup d'argent à notre disposition. En fait, cela a suscité beaucoup plus d'intérêt parce que tout le monde était partie prenante. Il y a des exemples de ce que l'on peut suggérer et qui peuvent être repris pour d'autres projets.

**Le sénateur Callbeck :** J'aurais une question à poser à M. Grant à propos des programmes de réduction des préjudices dans les établissements correctionnels. Où en est-on exactement?



**Mr. Grant:** The major focus of all our treatment programs and interventions in corrections are wherever possible to reduce the harms associated with drug and alcohol use through our treatment programs. We do not currently have harm reduction programs such as a needle exchange and other things such as that because we view harm reduction as existing on a continuum. It is not this or that but rather a continuum of activities that can take place that will impact on the client or the user. We provide bleach kits to institutions to sterilize needles to prevent the spread of HIV and AIDS. Our programs are designed in such a way that to enter those programs you do not have to make a pledge that you will never have a drink again. Rather you will explore that possibility through the program, so that is a form of harm reduction.

Harm reduction is an overarching philosophy that we try to apply to all the work we do. We do not go as far as some people in the community are able to because we run institutions with highly violent people in them, but we try to move that as far as we can so that we can reduce those harms.

**Senator Callbeck:** Legal substances such as alcohol and prescription drugs seem to account for the bulk of the problems. Are the bulk of our resources and attention devoted to legal substances? Why?

**Mr. Stockwell:** Mr. Perron and others may have the exact figures about the allocation of funds. I can speak about one little example. If you look at all the research funding that the Canadian Institutes of Health Research have allocated to the addictions area — we did an analysis of it — it is heavily tilted towards injecting-drug use. There is almost nothing on cannabis. There is a bit on alcohol and tobacco, but it does not reflect the prevalence of the harms at all.

In terms of requests for service, you would have to do an analysis of spending and waiting lists, but I suspect because of the media attention and sensational fears or hysteria even around illicit drugs, and lack of concern around legal drugs, that is what has happened. It biases the spending decisions of governments.

**The Chairman:** Just ballpark, what is the relative percentage between legal and illegal drugs, in terms of the number of people who are impacted or the economic cost?

**Mr. Stockwell:** Ballpark, it would be 90 per cent of deaths caused by drugs are from alcohol and tobacco. If you look at disability and quality of life, it would probably be more like 95 per cent. The analysis done by the World Health Organization globally, including looking at economically developed countries such as Canada, shows this very clearly.

**M. Grant :** L'objet premier de tous nos programmes de traitement et interventions en matière de services correctionnels est, dans toute la mesure du possible, de réduire les préjudices associés à la consommation de drogues et d'alcool. Nous n'avons pas actuellement de programmes de réduction des préjudices qui permettent par exemple l'échange de seringues et d'autres choses de ce genre parce que nous estimons que la réduction des préjudices est quelque chose de plus global. Ce n'est pas ceci ou cela mais tout un éventail d'activités que l'on peut envisager pour aider le client ou le consommateur. Nous fournissons aux établissements des trousse de désinfection à l'eau de javel pour stériliser les seringues et éviter la propagation du VIH et du sida. Nos programmes sont conçus de façon à ce que les intéressés ne soient pas tenus à s'engager à ne plus jamais boire. C'est plutôt une possibilité que l'on examine au cours du programme et c'est donc ainsi une forme de réduction des préjudices.

La réduction des méfaits est le principe général que nous essayons d'appliquer dans toutes nos activités. Nous ne pouvons pas aller aussi loin dans cette voie que certains organismes communautaires parce que nous gérons des établissements qui abritent des individus très violents, mais nous essayons autant que faire ce peut de réduire ces méfaits.

**Le sénateur Callbeck :** Il semblerait que ce sont des substances légales comme l'alcool et les médicaments d'ordonnance qui causent la plupart des problèmes. Consacrez-vous l'essentiel de vos ressources et de votre attention à contrer les effets de ces substances légales? Pourquoi?

**M. Stockwell :** M. Perron ou d'autres intervenants ont peut-être les répartitions exactes des fonds, mais je peux vous donner un petit exemple. La part du lion des fonds de recherche que les Instituts de recherche en santé du Canada ont consacrés aux toxicomanies va à l'utilisation de drogues injectables; nous avons mené une analyse de cette question. Il n'y a presque aucune recherche sur le cannabis. Il y en a quelques-unes sur l'alcool et le tabac, mais ce n'est pas proportionnel aux torts causés par ces substances.

Quant aux demandes de services, il faudrait analyser les dépenses et les listes d'attente, mais je soupçonne que c'est ce qui est arrivé, étant donné le battage médiatique et les craintes ou le sensationnalisme qui entourent les drogues illicites, d'une part, et l'absence d'inquiétudes relativement aux drogues légales, d'autre part. Ces facteurs faussent les décisions des gouvernements en matière de dépenses.

**Le président :** Quel pourcentage de gens sont affectés par les drogues légales par rapport aux drogues illicites? Quel serait le coût relatif de ces deux types de substances? J'aimerais avoir tout simplement un ordre de grandeur.

**M. Stockwell :** En gros, je dirais que 90 p. 100 des décès causés par les drogues sont attribuables à l'alcool et au tabac. Et si on tenait compte de l'invalidité et de la perte de qualité de vie, ces deux substances seraient probablement responsables de 95 p. 100 des cas. Cela ressort très clairement de l'analyse effectuée par l'Organisation mondiale de la santé, y compris dans les pays économiquement développés.

**The Chairman:** If you take alcohol and tobacco out, what about prescription drugs versus illegal drugs?

**Mr. Stockwell:** The data is not very good on that and we do not really know.

**Mr. Perron:** On this point, a cost study was undertaken by the Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA, in 1996 that identified the social, economic and health costs of drug and alcohol abuse to society. The study earmarked it at \$18.4 billion per year, of which \$1.4 billion was for illicit drugs. The balance was alcohol and tobacco. We are now replicating that cost study as we speak. New numbers will come out in the spring.

Using my mother-in-law's analogy, if it is now \$25 billion, is that not just a lot of money? Why keep measuring it? The point is measuring and identifying avoidable costs.

**The Chairman:** Are you separating out pharmaceuticals?

**Mr. Perron:** No, the issue of pharmaceutical abuse and quantifying it is something that has eluded us for some time, and it continues to do so.

**Mr. Purvis:** That is a wonderful question. In our treatment centres, if you take nicotine and caffeine out, it is alcohol, marijuana and prescription drugs. It has been that way since I have worked in addictions for the last 12 years. We are now seeing more people with multiple drug issues mixed together. The question that I really like is, why do we not put more attention on alcohol?

I will give you an example. Two years ago, the media in Cape Breton started tracking deaths related to prescription opiates. They got to around 20. After that, a citizens group got together and a methadone clinic was put into the Cape Breton Regional Hospital. We know that is a small percentage of the people we see, but the attention and political will behind addressing that was there. In a lot of ways, this happens with crystal meth. It has happened with Dilaudid and oxycodone. It has made folks within the addictions fields, opportunists. We know we should direct finances and resources to alcohol because that is still what affects the majority of our population, but the opportunities to access resources come more from politically and media-generated issues.

**The Chairman:** That shows that not just politicians are susceptible to the press.

**Mr. Wilbee:** It is a valid question. Mr. Purvis has made the comment I wanted to make. It makes me a little nervous to separate them out. I do not know about the research, but I know what I hear from the clinicians and directors of programs. Most people who have been in the service for some number of years talk

**Le président :** Si on exclut l'alcool et le tabac, qu'en est-il des médicaments d'ordonnance par rapport aux drogues illicites?

**M. Stockwell :** Nous ne le savons pas vraiment parce qu'il n'y a pas de données solides à ce sujet.

**M. Perron :** Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a effectué en 1996 une étude des coûts décrivant les coûts sociaux, économiques et médicaux de l'abus de drogues et d'alcool pour la société. Les auteurs de l'étude les ont évalués à 18,4 milliards de dollars par année, dont 1,4 milliard correspondait aux drogues illicites. La différence correspondait à l'alcool et au tabac. Au moment où nous parlons, nous refaisons cette étude des coûts. Les résultats seront connus au printemps.

Pour prendre l'analogie de ma belle-mère, si les coûts s'élèvent actuellement à 25 milliards de dollars, est-ce que ce n'est pas déjà beaucoup d'argent? Pourquoi continuer à les calculer? On cherche à calculer et à déterminer les coûts évitables.

**Le président :** Calculez-vous séparément les coûts associés aux produits pharmaceutiques?

**M. Perron :** Non, nous n'avons jamais réussi à quantifier la surconsommation de médicaments.

**M. Purvis :** C'est une question fascinante. Dans nos centres de traitement, si on élimine la nicotine et la caféine, les principales substances à l'origine des dépendances sont l'alcool, la marijuana et les médicaments prescrits. La situation a toujours été la même depuis que j'ai commencé à travailler dans le domaine des toxicomanies il y a 12 ans. Il y a maintenant plus de polytoxicomanes. Il y a une question que j'aime bien poser. Pourquoi n'accordons-nous pas plus d'attention à l'abus d'alcool?

Permettez-moi de vous donner un exemple. Il y a deux ans, les médias au Cap-Breton ont commencé à faire état des décès attribuables aux médicaments prescrits à base d'opiacés. Ils en ont recensé une vingtaine. Par la suite, un groupe de citoyens s'est formé et une clinique de traitement à la méthadone a été établie à l'hôpital régional du Cap-Breton. Nous savons que cela représente un faible pourcentage des gens que nous aidons, mais leur cas a attiré l'attention et suscité une volonté politique de s'attaquer au problème. Cela ressemble beaucoup à ce qui arrive dans le cas du crystal meth. Le même phénomène s'est produit avec le Dilaudid et l'oxycodone. Cela a fait des gens qui travaillent dans le domaine du traitement des toxicomanies des opportunistes. Nous savons qu'il faudrait canaliser des fonds et des ressources vers le traitement de l'alcoolisme parce que c'est ce dont souffre la majeure partie de notre clientèle, mais ce sont les enjeux politiques et médiatiques qui déterminent l'accès aux ressources.

**Le président :** Cela montre que les politiciens ne sont pas les seuls à être influencés par la presse.

**M. Wilbee :** C'est une question tout à fait fondée. M. Purvis a dit ce que je voulais dire. Je suis un peu réticent à séparer ces différents éléments. Je ne suis pas au courant de ce qui se passe dans le domaine de la recherche, mais j'entends ce que les cliniciens et les directeurs de programmes me disent. La plupart



about how the acuity of those presenting has increased. It is polydrug use. In fact, they almost cheer if they can find a pure alcoholic from time to time.

An essential point that we are not aware of as a public is the danger of those prescription drugs, not just for those who abuse them. I tried to say earlier that when you have a broader look at using the legal drug of alcohol, it is a contributing factor. You do not have to be addicted to cause yourself some difficulty in other areas such as cancer of the larynx and throat, and those kind of things. The experts in prevention and public health promotion such as Dr. Stockwell indicate there needs to be more concentration in this area.

The results of illegal drugs is fairly clear. I want to make that point. It makes me nervous when you try to break that out. As a non-researcher and statistician, I do not know how you work that out. On the front line, people are polydrug users, and that includes alcohol and prescription drugs.

**Mr. Grant:** Just to give you a perspective at the correctional level, within our offender population, around 10 to 20 per cent come in with an alcohol-only problem, another 10 or so per cent come in with a drug-only problem, and the vast majority come in with both alcohol and drug problems. That finding is based on interviews and testing that is done at admission. If you add up those who are addicted to alcohol and drugs and alcohol, that certainly is a large group, but the illicit drug component within the correctional population is high, as you would expect, so that is usually where our focus is.

On the alcohol side in our operation, certainly in the community we are worried about the problems of impaired driving and stuff like that. They are serious factors. In the correctional population, those who abuse alcohol tend to be violent offenders. When we look at that alcohol group, they have serious violent histories.

**Senator Cordy:** This has been an amazing day. I thank each and every one of you for coming today with your presentations and your contribution to our next report, which may be thousands and thousands of pages long.

Many of the issues have been dealt with during the day. We have certainly dealt with integration and funding. One comment I took particular note of was on the idea of integration but protecting specialization. I think that was an excellent comment.

des gens qui offrent ces services depuis un certain nombre d'années disent que ceux qui nous arrivent sont de plus en plus mal en point. Ce sont des polytoxicomanes. Les intervenants se réjouissent presque de recevoir un simple alcoolique de temps à autre.

Ce qu'il faut savoir, c'est que la population en général n'est pas consciente du danger que présentent les médicaments d'ordonnance, et pas seulement pour ceux qui en abusent. Lorsque l'on considère la consommation de la drogue légale qu'est l'alcool, on voit que c'est un facteur contribuant au problème. On n'a pas besoin d'être alcoolique pour que sa consommation d'alcool entraîne d'autres genres de problèmes comme le cancer du larynx ou de la gorge, par exemple. Les spécialistes de la prévention et de la promotion de la santé publique comme le Dr Stockwell estiment qu'il faut porter davantage d'attention à ce domaine.

Les résultats de la consommation de drogues illicites sont assez évidents. Je tiens à le souligner. Je suis un peu inquiet quand on essaie de séparer les différentes drogues. N'étant ni chercheur, ni statisticien, je ne sais pas comment cela pourrait se faire. Les gens qui nous arrivent sont des polytoxicomanes qui consomment entre autres de l'alcool et des médicaments d'ordonnance.

**M. Grant :** Pour vous donner une idée de la situation dans les établissements correctionnels, je dirais que de 10 à 20 p. 100 des détenus que nous admettons ont seulement un problème de consommation d'alcool; une autre proportion d'environ 10 p. 100 consomment seulement des drogues, tandis que la grande majorité des détenus qui nous arrivent consomment à la fois de l'alcool et des drogues. Ces statistiques reposent sur les entretiens et les tests que nous réalisons au moment de l'admission des détenus. Si on combine les détenus qui ont une dépendance à l'alcool avec ceux qui ont une double dépendance, à l'alcool et aux drogues, cela représente un grand nombre de personnes. Cependant, la proportion de consommateurs de drogues illicites est élevée dans la population carcérale, comme on peut s'y attendre; voilà pourquoi c'est généralement sur cette catégorie de détenus que nous concentrons nos efforts.

En ce qui concerne la surconsommation d'alcool, la société s'inquiète de problèmes comme l'ivresse au volant, par exemple. Ce sont des facteurs graves. Dans la population carcérale, les détenus qui abusent de l'alcool sont généralement violents. Dans l'ensemble, ils ont des antécédents très violents.

**Le sénateur Cordy :** La séance a été fascinante. Je tiens à vous remercier tous d'avoir bien voulu être des nôtres aujourd'hui, de nous avoir présenté votre point de vue et d'avoir contribué à notre prochain rapport, qui fera peut-être des milliers de pages.

Nous avons abordé aujourd'hui beaucoup des enjeux. Nous avons parlé de l'intégration et du financement. J'ai trouvé particulièrement intéressante l'idée de favoriser l'intégration tout en préservant la spécialisation.

The comment that every door should be the right one should probably be the title of a book on the health care system. We have heard over and over again the frustrations of people trying to wend their way through the system, be it mental health and addictions or the health care system overall.

I also agree that we need a bigger picture of addictions than from just substance abuse.

Aside from integration and funding, which we have dealt with, I would like to talk about the idea of young people within the system of addictions. We heard earlier from the RCMP officer who was here that young people should be a priority.

When they come into contact with the judicial system, often the young offenders in the judicial system have addictions of some kind. I spoke to my sister who works with young offenders in Nova Scotia, and she said one of the biggest factors in terms of whether or not the young offender will be back before the court system is the family. She said when a family is supportive, there is a high chance that this young person will not be back, but if a family is blaming everyone else but the family, then the child will likely be back again. Having been a teacher for 30 years, I know that sometimes families are not all what we would like to think they are.

My question is, how do you include the families when you deal with young people with addictions? How do you include the family so it is part of the support system and part of making the young person better and not addictive any more? What is the point of having a dysfunctional family supporting the child when, in fact, the family needs a tremendous amount of support? Where do you begin?

Are there any success stories or best practices in the field? Ms. Bradley spoke earlier about young people coming in with their babies, and the success rate there. Are there programs that are working where, in fact, you go upstream and deal with the family, and then the young person?

**Ms. Bradley:** I would like to talk about a couple of things. Certainly, I think it is the same with all people that have this problem. The more the family is involved, whoever they consider their family to be, the better they will do. I think it is a best practice to include the family right from the beginning, if you can. You can provide them information and support through the process. The families need help because, in a way, they are reconstructed. Best practices would tell you that the family needs to continue with counselling and group work. That is where you get your best results.

The system is poorly funded to do that. We also were involved with a project called Strengthening Families. Do any of you know about that project? It was a study. We partnered with the Centre for Addiction and Mental Health on this. It is a particular program working with families. One group received only the written information, and the other group received face-to-face

Quelqu'un a dit que toutes les portes devraient donner accès aux services; on pourrait faire de cette idée le titre d'un ouvrage sur le régime de santé. Nous avons entendu à maintes reprises les gens se plaindre de la difficulté de s'y retrouver dans le système, qu'il s'agisse du système de santé mentale et du traitement de la toxicomanie ou de l'ensemble du système de santé.

Je conviens aussi que nous devons aborder la question des dépendances dans une optique plus large au lieu de nous limiter aux substances intoxicantes.

Outre l'intégration et le financement, dont nous avons déjà parlé, j'aimerais aborder les jeunes dans le système de traitement des toxicomanies. Selon un agent de la GRC qui a comparu à une audience antérieure, les jeunes devraient être notre priorité.

Les jeunes contrevenants qui ont des démêlés avec la justice sont souvent des toxicomanes. Ma soeur, qui travaille auprès des jeunes contrevenants en Nouvelle-Écosse, m'a dit qu'un des principaux facteurs qui déterminent si le jeune contrevenant se retrouvera de nouveau devant les tribunaux est le milieu familial. Quand la famille l'appuie, le jeune est très peu susceptible de récidiver, mais si la famille rejette le blâme de sa conduite sur tout le monde sauf elle-même, le jeune risque de revenir. Ayant enseigné pendant 30 ans, je sais que toutes les familles ne correspondent pas à l'image idéalisée que nous nous en faisons parfois.

Quand vous intervenez auprès de jeunes qui ont des dépendances, travaillez-vous aussi avec les familles? Comment intégrez-vous la famille au réseau de soutien pour aider le jeune de se défaire de sa dépendance? Si le milieu familial est dysfonctionnel et a besoin de beaucoup d'appui, peut-on vraiment faire appel à lui pour aider le jeune? Par où commencez-vous?

Pourriez-vous nous décrire des réussites ou des pratiques exemplaires dans ce domaine? Mme Bradley a évoqué ces jeunes filles qui arrivent au centre avec leur bébé et parlé du taux de succès. Y a-t-il des programmes efficaces dans lesquels vous intervenez d'abord auprès de la famille et ensuite, auprès du jeune en difficulté?

**Mme Bradley :** Je pense que la situation est sans doute la même pour toutes les personnes aux prises avec ce problème. Plus la famille participe — c'est-à-dire les gens que le jeune considère comme sa famille, meilleures sont ses chances de s'en sortir. Inclure la famille dès le départ, quand c'est possible, est une pratique exemplaire. On peut lui donner de l'information et du soutien en même temps. Les familles ont besoin d'aide parce qu'elles doivent en quelque sorte se reconstruire. En s'inspirant des pratiques exemplaires, on offre des services de thérapie et on travaille en groupe avec les familles. C'est ce qui donne les meilleurs résultats.

Il n'y a cependant pas beaucoup de fonds dans le système pour le faire. Nous avons également pris part à un projet appelé Strengthening Families, c'est-à-dire « renforcer les familles ». En avez-vous entendu parler? C'était une étude dans laquelle nous nous sommes associés avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale. C'était un programme comprenant une intervention



interaction. The outcome is amazingly higher when they have time together. We must always consider the family when looking at this problem because they are pivotal to the treatment.

**Mr. Skinner:** There is an irony in this. Families experience these problems. It is not as though something is happening somewhere else. Often, it happens in the family nexus — the environment. When people go into treatment it is as though a veil drops down and families often feel excluded. My question is: Why cannot families who experience the problem also experience the solution? How do we want them to experience the solution?

Families have the right to know what treatment services are about and how they are perceived and structured. We do not do a good job of orienting families as a routine. We neither encourage nor talk to people about the roles of social support, and to get people to nominate their closest, positive connection in their life and ask if we can work with them in this helping process. As a matter of fact, we lower a veil of secrecy, hide behind confidentiality and construct it in ways that are not necessary. Principles of confidentiality need to be respected when working with people but we should not use them to create exclusions. We do not know how to work well with families. Our systems are set up to deem these problems as belonging only to the body and brain of the patient or client. In reality, these problems have a social, cultural and environmental dimension to them. We help our clients better when we can address that dimension. It is a big challenge to extend it to addiction and mental health services so that we have systematic approaches to inform families about the treatment and even about what happens when a relapse occurs. Normalizing the relapse possibilities and making relapse a learning process means the person can still make their way. It can create a great deal of calamitous conflict in a family if someone says, "You are using again," or other such negative comments. Families have a right to support whether the person with the substance abuse problem is in treatment. They have the right to access the system to get help because their family member has a substance abuse or mental health problem.

Atlantic Canada should be applauded for championing the Community Reinforcement and Family Training, CRAFT, intervention, which is a program that works with family members dealing with addiction problems. There is good evidence that when you work with family members who are willing to seek solutions you can produce as good an outcome as anything else could do. There are some bonuses to this approach

auprès des familles. Un groupe a reçu seulement de la documentation, tandis que l'autre a bénéficié d'interventions personnelles. Les résultats sont de loin meilleurs lorsqu'il y a des échanges en personne. Il faut toujours tenir compte du milieu familial dans ce domaine parce qu'il joue un rôle capital dans le traitement.

**M. Skinner :** C'est un peu paradoxal. Ce sont les familles qui éprouvent ces problèmes, cela n'arrive pas ailleurs. Très souvent, les difficultés surviennent dans le milieu familial. Or, lorsque les gens suivent un traitement, c'est comme s'ils étaient coupés du reste du monde et les familles se sentent souvent exclues. Pourquoi les familles ne pourraient-elles pas participer à la solution puisque ce sont elles qui souffrent du problème? Comment voulons-nous qu'elles participent à la solution?

Les familles ont le droit de connaître la nature des services de traitement et leur structure. D'une façon générale, nous ne renseignons pas assez bien les familles à ce sujet. Nous ne leur expliquons pas le rôle de soutien social qu'elles peuvent jouer et ne les encourageons pas à le faire. Il faudrait demander aux gens de nommer la personne avec laquelle ils entretiennent les liens les plus positifs et les plus étroits et leur proposer de participer à ce processus d'aide. Bien au contraire, nous entourons le traitement du plus grand secret, invoquant la confidentialité, et nous y intégrons des règles inutiles. Bien entendu, il faut respecter le principe de la confidentialité lorsqu'on intervient auprès de personnes mais il ne faut pas s'en servir comme prétexte pour exclure les familles. Nous ne savons pas très bien comment travailler avec la famille. Nos systèmes reposent sur l'idée que ces problèmes relèvent exclusivement du corps et du cerveau du patient ou client. En réalité, ces problèmes ont une dimension sociale, culturelle et environnementale. Nous aidons mieux nos clients lorsque nous tenons compte de ces dimensions. Ce n'est pas une mince tâche d'étendre cette approche aux services de santé mentale et de traitement des toxicomanies de manière à informer systématiquement les familles du traitement et même de ce qui peut survenir en cas de rechute. En normalisant le risque de rechute et en intégrant la rechute au processus d'apprentissage, on encourage la personne à persévérer. Si un membre de la famille du toxicomane accuse celui-ci d'avoir recommencé à consommer, cela peut avoir des effets catastrophiques dans le milieu familial. Les familles ont le droit d'aider leurs membres qui ont des problèmes de toxicomanie que ceux-ci suivent ou non un traitement. Elles ont le droit de s'adresser au système pour obtenir de l'aide si un de leurs membres a un problème de toxicomanie ou de santé mentale.

Le Canada atlantique mérite des louanges pour avoir fait connaître le Community Reinforcement and Family Training, c'est-à-dire le Programme d'appui communautaire et de formation familiale, dans lequel on intervient auprès des membres de la famille de personnes ayant des problèmes de dépendance. D'après l'expérience passée, parce qu'on travaille avec les membres de la famille qui sont prêts à chercher des

because you are building social support that is likely to extend. Intervening through the family avenue is another consideration.

I mentioned earlier that we need to help families to connect with one another and to do peer support with family members. It is incredibly sustaining for family members to have the opportunity to connect with other people for support.

I make a distinction between family counselling and family treatment. In family treatment, the family is willing to be the unit of treatment — the patients. The family agrees to treatment on that level to deal with the intergenerational issues and the dysfunctional aspects. In family counselling, the family is worked with only in respect of the addiction problems of a family member so that family members know some of the good things they can do to help in the recovery process, and some of the bad things to avoid. Family members are enlisted as active allies in the change process. If there was a report card on the existing system, we would not get good marks in this area. However, there is better practice evidence to guide us and so we should be challenged on it.

Even with the policy-makers there has been an issue over jurisdiction and who is mandated to work with families. If your mandate is to work with people who have addiction problems, then you clog up the system when you work with the families. That way of thinking is wrong because we know that social support is primary and that there is probably no greater factor in producing better outcomes. We should be mobilized to draw on this factor and to work with it.

**The Chairman:** We heard exactly the same thing from families experiencing mental illness. One chapter written for the report of the committee deals with family reaction. The stories are heart-wrenching, precisely along the lines that you talked about.

**Mr. Purvis:** I want to comment on the CRAFT program. One thing we know about best practices and treating youth is around building a long-term relationship because youth typically bounce back and forth in and out of treatment. It is important to make treatment as experientially based as possible so it would be beneficial to have a different way of delivering treatment to them, which senators are likely more familiar with than I am. The social support system is important. Positive outcomes in the treatment of addictions depend on two key ingredients: connection and continued connection to your key social support system, as well as employment or, in adolescents, education.

We have encouraged that through our choices program, which is our adolescent in-patient program in Nova Scotia. One condition of admission to the program is family involvement.

solutions, on obtient d'aussi bons résultats qu'avec n'importe quel autre type d'intervention. De plus, cette approche a d'autres avantages parce qu'elle permet de mettre en place un réseau de soutien social qui pourra s'étendre par la suite. L'intervention par le biais des familles est une autre option à considérer.

J'ai dit tout à l'heure que nous devons aider les familles à communiquer entre elles et à soutenir leurs membres. Il est extraordinairement bénéfique pour les membres des familles de pouvoir faire la connaissance d'autres personnes pour s'entraider.

Je fais une distinction entre le counselling familial et la thérapie familiale. Dans la thérapie familiale, la famille accepte d'être l'unité de traitement, c'est-à-dire les patients. Elle accepte de suivre une thérapie pour régler les conflits intergénérationnels et des aspects dysfonctionnels. En counselling familial, l'intervention est exclusivement axée sur les problèmes de dépendance d'un membre de la famille. On informe les membres de la famille de ce qu'ils peuvent faire pour faciliter le processus de guérison et des comportements à éviter. Les membres de la famille deviennent des alliés et participent activement au processus de changement. Si on évaluait le système actuel à cet égard, le bilan ne serait pas reluisant. Cependant, nous devons nous remettre en question car il existe des données faisant état de meilleurs résultats dont nous pouvons nous inspirer.

Même au niveau des décideurs, il y a des différends au sujet du champ de compétence et des intervenants qui sont chargés de travailler auprès des familles. Si vous avez pour mandat d'intervenir auprès de ceux qui ont des problèmes de toxicomanie, vous engorgez le système si vous intervenez auprès des familles. Cette façon de voir les choses est erronée parce que nous savons que le soutien social est primordial et que c'est probablement le facteur le plus important pour améliorer l'issue des interventions. Nous devrions nous mobiliser pour miser sur ce facteur et nous en servir.

**Le président :** Les familles dont un des membres a des problèmes de santé mentale nous ont dit exactement la même chose. Un chapitre du rapport de notre comité traitera de la réaction familiale. Nous avons entendu des témoignages bouleversants qui vont justement dans le sens de ce que vous venez de décrire.

**M. Purvis :** Permettez-moi de revenir sur le programme d'aide communautaire et de formation familiale. Dans le traitement des jeunes, une des pratiques exemplaires consiste à favoriser l'établissement de relations durables parce que très souvent, les jeunes abandonnent puis reprennent le traitement. Il faut que le traitement se fonde le plus possible sur leur expérience, ce pourquoi il serait bénéfique de trouver d'autres moyens de leur offrir des traitements. Les sénateurs les connaissent probablement mieux que moi. Le réseau de soutien social est important. L'issue favorable d'un traitement de la toxicomanie dépend de deux ingrédients essentiels : l'établissement de liens durables avec les membres d'un réseau de soutien social clé et l'emploi, ou chez les adolescents, la scolarisation.

Ce sont les facteurs que nous avons privilégiés dans notre programme CHOIX, qui s'adresse aux adolescents hospitalisés en Nouvelle-Écosse. Pour qu'un jeune soit admis au programme, sa



The family will attend a couple of weekends and will be involved in sessions throughout the period of the programs. Even if adolescents are in the program for one month or two months, they still go home to a social system. That is one of the premises and why we moved into CRAFT and the outpatient offices. CRAFT is a community reinforcement approach, which is an evidence-based best practice in the treatment of addictions. In Family Training, FT, some of the principles of social work and behavioural psychology on a simple basis are taught to family members, which they can apply to their concerned significant others, to improve or reduce harms involved in their drinking, and to move them towards abstinence or treatment and to improve functioning. We do that because the early warning system is initiated by a family member. The problem bothers the family long before it bothers the people that are using the substance. The family has the hangover without having the party the night before, and is usually far more motivated than the person who is still enjoying it.

Thus, there is a highly motivated workforce to utilize that, has all kinds of access to a clientele consumer base, and has far more interaction with the person than the treatment worker will ever have — 24/7 in most cases. Why not take the principles that you would take generally within therapy and teach them to the family members who are motivated because they want their relative to improve on the harmful interaction with the substance they are involved with. The basic premise behind this practice is teaching people how to reward abstinence or harm-reduction behaviour, and withdraw rewards or enabling when people are using.

The people who developed this at the University of New Mexico at the Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addiction, Dr. Bob Myers and Dr. Jane Smith and Dr. Bill Miller, framed it in the best way: It is teaching a positive spin on putting praise behind the behaviour versus putting negative consequences on the behaviour. For example, when someone comes home drunk, the typical reaction is anger and other negatives. Under the CRAFT initiative, a positive spin would be taken because nothing changes behaviour like positive reinforcement. That paradigm shift is the backbone of what happens in Community Reinforcement and Family Training. There is a great deal of evidence behind it. We just started using it in Nova Scotia and, hopefully, we will have some good outcomes to bring back. The family has the best chance of impacting on those with problems. The stats coming out of the U.S. show that seven out of ten treatment-resistant addicts, who would never go

famille doit accepter de participer. Les membres de la famille sont présents pendant quelques fins de semaine et participent aux séances pendant la durée des programmes. Si les adolescents participent au programme pendant un ou deux mois, ils ont encore un réseau social lorsqu'ils rentrent chez eux. Voilà une des raisons pour lesquelles nous avons décidé d'offrir le programme d'aide communautaire et de formation familiale en clinique externe. C'est un programme fondé sur le renforcement des liens communautaires, approche reconnue comme une pratique exemplaire d'après les études faites sur le traitement de la toxicomanie. Dans le cadre de la formation familiale, on enseigne certains principes de travail social et de psychologie du comportement aux membres de la famille; ils pourront se servir de ces connaissances dans leurs rapports avec leurs proches pour atténuer les méfaits de la consommation excessive d'alcool et pour les amener à s'abstenir de boire, à se faire traiter ou à mieux se comporter. Nous procédons de cette façon parce que c'est un membre de la famille qui sonne l'alerte. Le problème dérange la famille bien avant de déranger le toxicomane. La famille doit composer avec la gueule de bois d'un de ses membres mais elle n'a pas fait la bombe comme lui la nuit d'avant et est généralement beaucoup plus motivée que l'individu qui trouve encore du plaisir à surconsommer.

On a donc une main-d'œuvre très motivée pour utiliser cette approche, qui a accès par différents moyens à une clientèle et qui a beaucoup plus d'interaction avec la personne intéressée que l'intervenant ne pourra jamais en avoir; elle la côtoie jour et nuit, sept jours par semaine, dans la plupart des cas. Pourquoi ne pas enseigner les principes qu'on applique généralement dans le cadre d'une thérapie aux membres de la famille qui sont motivés parce qu'ils veulent aider la personne à mettre fin à sa consommation dommageable d'une substance. Cette idée repose sur la prémisse fondamentale qu'il faut enseigner aux gens comment récompenser l'abstinence ou les comportements qui réduisent les méfaits et à cesser de récompenser ou d'aider un toxicomane lorsqu'il consomme.

Cette approche a été mise au point au Centre de traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie et des dépendances de l'Université du Nouveau-Mexique. Ses créateurs, le Dr Bob Myers, la Dre Jane Smith et le Dr Bill Miller, ont bien résumé l'essentiel de cette approche : il s'agit de qualifier de façon positive le comportement et de le louer, au lieu d'associer des conséquences négatives au comportement. Par exemple, lorsque la personne revient à la maison ivre, la famille réagit habituellement par la colère et d'autres comportements négatifs. Dans le cadre du programme d'aide communautaire et de formation familiale, on enseigne à dire des choses positives parce que le renforcement positif est l'intervention la plus efficace pour modifier un comportement. Ce changement de paradigme est au cœur du programme d'aide communautaire et de formation familiale. Il existe beaucoup de données à ce sujet. Nous venons de commencer à utiliser cette méthode en Nouvelle-Écosse et nous

to treatment before, volunteered for treatment by the fifth session of CRAFT for the family member.

To enter the study, they have to refuse — “I would never go to treatment.” They cannot be someone who is considering it; they have to be someone who is outright refusing it. I think there are some interesting, fun, good programs out there.

**Senator Cordy:** My last question has to do with stigma and education. In Nova Scotia we have a public health ministry; that is the good news. The bad news is that it is poorly funded.

Mr. Purvis and I spoke at lunch time about the addiction to smoking and nicotine. I think we have done an excellent job of educating people as to the harmful effects of smoking. He said people come freely to the clinic or whatever it is in Pictou to ask for help for smoking. As an educator, that was part of the curriculum for many years, and we are now seeing the results. It is not acceptable to smoke in public areas.

When we talk about other addictions, we have a stereotype of a person with an addiction and it is not meeting the information that Senator Callbeck just received. When you look at the idea of somebody who is addicted, you tend not to look at alcohol. If you do, it is a person sitting in an alleyway with a brown paper bag. You do not look at it as being the drinker inside the home; you do not look at prescription drugs and those kinds of things. The sensationalized reporting does not help because what is in the news are the sensational stories, not the day-to-day lives of people.

Without education, the stereotype will continue. The discrimination and stigma will continue.

Mr. Skinner, you said addictions need a clear profile. How do we move upstream? We can see the results with the anti-smoking campaigns; 20 years later, it is having an effect although there are sometimes a few dips. Where do we start in educating and reducing the stigma?

**Mr. D. Kelly:** I go back to the experience of the dream team. Nothing is more powerful than to put a human face and understanding to it by somebody who has been through either addiction or a mental health problem. If we could encourage people to come forward and talk about their experience in addictions and how they have recovered or are in recovery, we would see a better understanding and we would reduce the stigma that people face when they go into any parts of our health care system.

espérons que nous pourrions faire état de bons résultats. Ce sont les membres de l'entourage familial qui sont les mieux placés pour exercer une influence sur les personnes en difficulté. D'après les statistiques américaines, 70 p. 100 des toxicomanes réfractaires au traitement, qui jusque-là avaient refusé de se faire soigner, ont demandé à suivre un traitement après la cinquième séance du programme d'aide communautaire et de formation familiale.

Pour être admis à l'étude, ils doivent avoir refusé tout traitement. On ne prend pas ceux qui songent à suivre un traitement; on ne prend que ceux qui refusent catégoriquement. Il existe des programmes intéressants, emballants et efficaces.

**Le sénateur Cordy :** Ma dernière question a trait à l'ostracisme et à l'éducation. En Nouvelle-Écosse, nous avons un ministère de la santé publique, ce qui est une bonne chose. Le hic, c'est qu'il est sous-financé.

Pendant l'heure du midi, M. Purvis et moi-même avons discuté de la dépendance au tabac et à la nicotine. Je crois que nous avons très bien réussi à sensibiliser les gens aux effets nocifs du tabagisme. M. Purvis m'a dit que les gens se présentent librement à la clinique ou au centre à Pictou pour demander qu'on les aide à cesser de fumer. À titre d'enseignante, cela fait partie de mon programme pendant de nombreuses années, et nous voyons aujourd'hui les résultats de telles interventions. Il n'est plus acceptable de fumer dans les lieux publics.

Or, dès qu'il s'agit d'autres types de dépendances, il y a des stéréotypes qui ne correspondent en rien à l'information qu'on vient de donner au sénateur Callbeck. Lorsqu'on pense à une personne qui a une dépendance, on ne pense généralement pas à la dépendance à l'alcool. Et lorsqu'on pense aux alcooliques, on se représente un pauvre hère assis dans une ruelle avec, à côté de lui, un flacon dans un sac de papier. On ne pense pas à la personne qui boit à domicile, ni aux personnes qui surconsomment des médicaments prescrits ou d'autres produits. Le jaunisme des médias ne nous aide pas, parce que les journaux ne font état que des histoires à sensation et ne parlent pas de la vie quotidienne des gens.

À moins qu'on ne sensibilise la population, les stéréotypes vont persister. La discrimination et l'ostracisme aussi.

Monsieur Skinner, vous avez dit qu'il faudrait faire comprendre clairement ce que sont les dépendances. Comment faire avancer les choses? Nous voyons aujourd'hui les résultats des campagnes de lutte contre le tabagisme menées il y a vingt ans. Elles ont eu des effets, malgré certains ratés. Par où devons-nous commencer pour sensibiliser la population et combattre l'ostracisme?

**M. D. Kelly :** Je vais reprendre l'expérience de l'équipe de rêve. Rien n'est plus efficace que de donner un visage humain au problème en dépeignant une personne qui a eu un problème de toxicomanie ou de santé mentale. Si nous encourageons d'anciens toxicomanes à parler de leur expérience et de leur guérison passée ou en cours, cela amènerait les gens à mieux comprendre. Nous pourrions atténuer les préjugés auxquels ces gens se heurtent lorsqu'ils font appel à notre régime de soins de santé.



If we started in our health care system with emergency room workers so they have an understanding of the person with alcohol poisoning, how they may have gotten there and how they are trying to get out of it, I think it would have a tremendous impact.

**Mr. Stockwell:** This is going upstream in a slightly different way. In terms of the educational piece, although there are guidelines in Canada for low-risk drinking, they are not promoted much and they are not accepted. Some might argue they are not credible. They might be on the conservative side; the Australian ones are about twice as high.

However, there is hardly a general practitioner in Australia that does not know those guidelines and use them in consultations. They are promoted on beer mats, on posters and in bars. There is a national media campaign. Also, there is the whole thing about how it is not just an addiction problem — that most of the deaths from alcohol are from people getting drunk. If you really want to go upstream, you need to look at risky patterns of use that, downstream, lead to dependence of some degree. It starts with getting roaring drunk. Most harms are among people who drink a little on average but get blasted once or twice a week, and that is a common pattern. We need to move upstream in conceptualizing our correlated problems, and say other things about other drugs and have national guidelines that are clearly disseminated about risky use of alcohol.

**Mr. Wilbee:** One struggle we have in the addictions field strictly with alcohol use is the great success of the self-help groups such as Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous, where the whole business of anonymity is entrenched. In that case, it does lead to stigmatization.

I saw a panel a few months ago at a conference dealing with alcoholism, which had some high-powered media people in the U.S. on it. What they talked about, particularly the television people, is that television is a story medium. When they show people in shadows in public service announcements or just their hands, they feed into that whole sense of stigma. They said they, in the media, are prepared to run the stories if people are prepared to tell them.

I was invited to a summit in Providence, Rhode Island, called the Providence Summit, where all the American gurus come and talk about these issues. They have similar issues to us and, in some cases, even more severe issues. They use the term “parity” in terms of funding — getting mental health and addiction to reach that level of parity where they receive the same amount of dollars, not 80 per cent on the dollar.

I am shocked to hear that south of the border if you have been in rehab, using their term, that may disqualify you for a student loan. I think in many ways we are not quite there.

Si nous commençons, dans le système de santé, par les personnes qui travaillent dans les salles d'urgence, afin qu'elles comprennent mieux la situation des alcooliques, la façon dont ils sont arrivés là et dont ils essaient de s'en sortir, je pense que cela aurait une incidence énorme.

**M. Stockwell :** C'est une façon un peu différente de travailler en amont. En ce qui concerne l'éducation, bien qu'il y ait des directives au Canada en matière de consommation d'alcool sécuritaire, elles ne sont pas bien diffusées ni acceptées. Certains diront qu'elles ne sont pas crédibles. Elles sont peut-être un peu conservatrices; les directives australiennes sont près de deux fois plus sévères.

Cependant, il n'y a presque aucun généraliste australien qui ne connaisse pas ces directives ou ne les utilise en consultation. Elles figurent sur les sous-verre des marques de bière, sur les affiches et dans les bars. Il existe une campagne médiatique nationale à ce sujet. De plus, on insiste également sur le fait qu'il ne s'agit pas simplement d'un problème de toxicomanie — et que la plupart des décès liés à l'alcool résultent d'une brosse. Si vous voulez vraiment travailler en amont, il faut examiner les tendances à risque qui, en aval, mènent à un certain degré de dépendance. Ça commence avec une brosse. C'est boire un petit peu en moyenne mais se saouler la gueule une ou deux fois par semaine qui est le plus nuisible, et c'est un schéma commun. Il faut remonter jusqu'à la conceptualisation des problèmes connexes, trouver d'autres choses à dire sur d'autres drogues et créer des lignes directrices nationales sur le risque lié à l'abus d'alcool, qui soient bien diffusées.

**M. Wilbee :** Dans le domaine des toxicomanies, en matière d'abus d'alcool uniquement, les groupes d'entraide tels que les Alcooliques anonymes et les Narcotics Anonymous connaissent un grand succès, mais on insiste sur l'anonymat, ce qui pose un problème, car dans ce cas, cela mène à l'ostracisme.

Lors d'une conférence sur l'alcoolisme il y a quelques mois, j'ai vu un groupe d'experts composé, entre autres, de plusieurs sommités du domaine des médias américains. Ils disaient, surtout les personnes de la télévision, que celle-ci était un moyen de faire connaître les histoires personnelles. Lorsque les publicités du gouvernement montrent des personnes dans l'ombre ou montrent uniquement leurs mains, elles renforcent tout ce climat d'ostracisme. Les membres du groupe ont dit que les médias étaient prêts à couvrir ces histoires personnelles, si les gens étaient prêts à les raconter.

J'ai été invité à un sommet à Providence, au Rhode Island, appelé le Providence Summit, où tous les gourous américains se réunissent pour parler de ces questions. Il s'agit de questions telles que celles qui nous concernent et dans certains cas, d'autres questions encore plus sérieuses. Ils emploient le terme « parité » au sujet du financement, c'est-à-dire qu'ils veulent que la santé mentale et la toxicomanie obtiennent le même budget, et non pas 80 p. 100/20 p. 100.

J'ai été choqué d'apprendre que chez nos voisins du sud, si vous êtes allé en désintox, pour employer leur langage, vous pourriez ne pas être admissible à un prêt étudiant. Je pense que sur beaucoup de fronts, nous n'en sommes pas là.

The message coming out of that group as well — and this goes to the point I first made in the presentation when I said you may have to work your head around this — is addiction health. As I think Mr. Kelly is saying, mental health has been successful; we have not been that successful in addictions in getting that voice out there.

I am impressed that George Bush declared the month of September, about three years ago or so, National Alcohol and Drug Addiction Recovery Month. Clearly, there are all kinds of issues going on there. I would like to see something similar — I would not call it substance abuse — but to take a look at that. There is this challenge of how to get those messages through. We love to hear success stories in our families in other areas — that people have overcome their cancer through high-tech treatment and good support. I am a diabetic so I am interested in that kind of research — that is, behavioural, if I do not eat properly. I just wanted to point that out. We have not talked about that a bit.

There is a history here. The involvement of my organization comes out of that kind of abstinence; self-help kind of stuff. Somehow we need to break through that barrier. I think it will happen.

**Mr. J. Kelly:** I would like to address the market side of stigma and messaging. First, stigma is a complex idea. It depends on who is perceiving what. I am in favour of highly researched and highly targeted messages to get at components because to deal with the stigma of drug and alcohol problems is many stigmas in many audiences. That always requires enormous focusing and clarity about what we want to persuade people to do, and going to the audience and finding out what they believe, what message is believable about stigma. We can say many things; we have had discussions here that the general public probably would not believe — for example, that alcohol is more important than crystal meth. There may be truths but the public will accept truths that are believable or that fit their frame of reference. What will influence a person? Where do they go to listen to a message? How does that message have to be crafted?

Often in the human service system, while we want to get the message out, we do not do an adequate job of assessing who the audience of that message is and what they can accept at the time.

We have looked at many successes in persuading people to avoid certain social problems. The massive and growing consensus around tobacco fed itself. We reduced tobacco use 25 per cent in 25 years. There are many more examples of successes that are sustained over time. They are not a campaign but a strategy, a multi-faceted strategy with many messages.

A man from Britain attended our conference last year and spoke about promoting traffic safety in Britain. The central government in Britain spends about a million pounds a month on traffic safety. They target use of seat belts, proper care of children in cars and maintenance of cars. They have been successful, but

L'autre chose sur laquelle ce groupe insistait également — et cela revient à l'argument que je faisais dans mon exposé, lorsque j'ai dit qu'il faudrait réfléchir à cela —, c'est la santé des toxicomanes. Comme M. Kelly le disait, je crois, nous avons fait des progrès en santé mentale; nous n'avons pas aussi bien réussi à nous faire entendre dans le domaine de la toxicomanie.

Je suis impressionné que George Bush ait annoncé, il y a environ trois ans, que le mois de septembre serait le mois national de la réhabilitation en toxicomanie. Il est évident qu'il y a beaucoup de choses qui se passent. J'aimerais que nous ayons quelque chose de semblable — je n'appellerais pas cela l'abus d'alcool ou d'autres drogues — mais nous pourrions y penser. Le défi, c'est de savoir comment faire passer nos messages. Nous aimons tous entendre les cas de réussite dans nos familles dans d'autres domaines — des gens qui ont surmonté leur cancer grâce à des traitements avancés et au soutien de leurs proches. Je suis diabétique et je m'intéresse à ce genre de recherches — c'est-à-dire la recherche comportementale, si je ne mange pas correctement. Je voulais simplement signaler cela. Nous n'en avons pas parlé du tout.

Nous avons une histoire. Le travail de mon organisme découle de ce type d'abstinence, d'initiative personnelle. Il faut surmonter cet obstacle. Je pense que c'est possible.

**M. J. Kelly :** J'aimerais parler de l'aspect marketing de l'ostracisme et de la communication. D'abord, l'ostracisme est une notion complexe. Tout dépend de ceux qui perçoivent cet ostracisme. Je suis en faveur de messages réfléchis et ciblés pour résoudre le problème de l'ostracisme entourant la toxicomanie, car il existe de nombreuses formes d'ostracisme dans différents groupes. Cela exige toujours de définir précisément et clairement ce dont nous voulons persuader les gens, de cibler un public et de savoir ce qu'il pense et de savoir ce qui est crédible. Il y a beaucoup de choses que nous pouvons dire; nous avons parlé du fait que le grand public ne croirait pas, par exemple, que l'alcool est plus grave que la méthamphétamine. Cela peut être vrai, mais le public acceptera les vérités qui sont crédibles ou qui correspondent à ce qu'il connaît. Qu'est-ce qui peut influencer quelqu'un? Où peut-on envoyer un tel message? Comment ce message doit-il être énoncé?

Très souvent, lorsque nous voulons envoyer un message, nous n'étudions pas suffisamment le public cible et ce qu'il est prêt à accepter à une période donnée.

Nous avons examiné les cas où nous avons réussi à persuader les gens d'éviter certains problèmes sociaux. Le consensus massif et croissant au sujet du tabac a fait boule de neige. Nous avons réduit le tabagisme de 25 p. 100 en 25 ans. Il existe de nombreux autres exemples de réussites durables. Il ne s'agit pas d'une campagne, mais d'une stratégie, d'une stratégie à plusieurs volets qui comporte plusieurs messages.

Il y a un Britannique qui a participé à notre conférence l'année dernière et qui a parlé de la promotion de la sécurité routière en Grande-Bretagne. Le gouvernement britannique consacre environ un million de livres par mois à la sécurité routière. Cette stratégie est axée sur la ceinture de sécurité, la façon adéquate d'attacher



they have put resources into it. They have carefully calculated each message along the way and have had to change them over time.

It needs to be sustained and it needs to be constantly targeted to different pieces of the problem at different times. Stigma is a global issue made of many little perceptions.

**Mr. Purvis:** Every door leads to the right door, and if we go up the stream we know that primary health care practitioners need to be one of the doors. We can go beyond that and look at virtual doors. We can look at less intrusive involvement and early intervention with problem drinking. We are not doing enough to market what is normal drinking. We are not providing advertisements about what normal drinking is. We are not advertising this in newspapers. All that is required is, "If you can answer yes to three or four of the following questions, you may have a problem with drinking and you may want to try one or more of the following suggestions. You may want to visit a website, download a self-help manual, attend a session, or call this 1-800 number."

There are many less-intrusive interventions. We do not market what "normal" is or what "problem drinking" is. We invest way upstream when we can make a huge impact upstream for very little resources.

[Translation]

**Senator Gill:** Thank you for your contribution. We have heard a lot of excellent ideas today.

I would like to draw your attention to our Aboriginal communities. I am sure that many of you already have a general understanding of the situation. I am sure that you know that Health Canada is responsible of the provision of health care services to both on-reserve Aboriginal people and Inuit, but not for the Metis or off-reserve Aboriginal persons. I am sure that you also know that both physical and mental health care services are provided directly through clinics. While these clinics are often under Health Canada management, they are sometimes managed by band councils in the communities.

Where these clinics exist, and especially in isolated areas, they tend to be staffed primarily by nurses along with the occasional doctor. For example, the clinic in my community has one female Aboriginal doctor. Some other communities in Quebec also have a doctor, and I believe that Canada's other provinces are faced with a similar situation, where they only have occasional access to the services of a doctor. We have a few psychologists, and perhaps also some psychiatrists, although I am not certain of that.

You are doubtlessly also aware of the problems that we face: suicide, drugs, our socio-economic conditions, et cetera.

les enfants et l'entretien des véhicules. Le gouvernement a réussi, mais il y a mis les ressources qu'il fallait. Il a calculé soigneusement la portée de chaque message de la stratégie et il a su adapter les messages en cour de route.

Il nous faut une stratégie durable qui soit toujours axée sur différents éléments du problème à des périodes différentes. L'ostracisme est un problème global qui résulte de nombreuses perceptions différentes.

**M. Purvis :** Nous disions que chaque porte devait donner accès aux soins et services nécessaires et nous savons que les professionnels des soins de santé primaires doivent être une de ces portes. Nous pouvons même aller plus loin et examiner les portes virtuelles. Nous pouvons réfléchir à une participation moins intrusive davantage axée sur l'intervention précoce, en matière d'abus d'alcool. Nous n'en faisons pas assez pour promouvoir ce qu'est une consommation normale d'alcool. Nous ne faisons pas de publicité sur la consommation normale. Il n'y a pas de publicité dans les journaux. Tout ce que l'on dit, c'est « si vous répondez oui à trois ou quatre des questions suivantes, vous souffrez peut-être d'un problème d'alcool et vous voudrez peut-être suivre une ou plusieurs des suggestions suivantes. Vous pouvez aller sur un site Web, télécharger un guide d'aide personnelle, participer à une réunion ou appeler ce numéro 1-800 ».

Il existe des façons moins intrusives d'intervenir. Nous n'expliquons pas ce qu'est une consommation « normale » ou un « problème d'alcool ». Nous investissons en amont alors que nous pouvons faire beaucoup en aval, avec très peu de ressources.

[Français]

**Le sénateur Gill :** Merci beaucoup de votre participation. Nous avons entendu beaucoup de bonnes choses aujourd'hui.

J'aimerais vous amener dans le monde autochtone. Probablement, beaucoup d'entre vous connaissent déjà la situation dans ses grandes lignes. Vous savez sans doute que c'est le ministère de la santé nationale qui s'occupe des services de soins de santé chez les Autochtones dans les communautés, chez les Inuits également, mais pas chez les Métis ni à l'extérieur des communautés. Vous savez aussi, sans doute, que ces soins sont assez souvent donnés directement; je parle de soins physiques et mentaux. Ils sont donnés par des dispensaires, assez souvent contrôlés par le système de la santé nationale, mais aussi, parfois, gérés par les conseils de bande dans les communautés.

Souvent dans ces dispensaires, lorsqu'ils existent, surtout dans les communautés isolées, on retrouve surtout des infirmières et, à l'occasion, un médecin. Par exemple, dans ma communauté, il y a une femme médecin autochtone. Il y en a dans quelques-unes des autres communautés au Québec; je pense que c'est un peu la même chose dans les autres provinces, on a un médecin de temps en temps. Nous avons quelques psychologues; peut-être des psychiatres, je n'en suis pas certain.

Vous connaissez aussi certainement les problèmes auxquels on fait face : le suicide, les drogues, les conditions socioéconomiques, et cetera.

It will soon be time for us to write our final report and make recommendations.

We have heard from a lot of people across Canada, both Aboriginal and non-Aboriginal. If I am correct in my understanding, I would summarize what I have heard by saying that a significant number of Aboriginal people, as well as non-Aboriginals who work with Aboriginal communities, would like to see health care services being managed directly by Aboriginals with, of course, a far higher number of Aboriginal specialists and experts to take charge of health care delivery.

My question is as follows; indeed, it has already been brought up and so we must surely seek to find an answer. I would like to know what you make of the following observation: It would be fair to say that, in general, health care is currently directly managed by the federal government. We can also say that, in practice, health care is generally administered by the provinces when it is provided off-reserve in hospitals or other service centres across Canada. Generally speaking, the services are provided by the provinces and managed directly by the national health care system.

Do you subscribe to the view expressed during these hearings that the services ought to be managed by Aboriginal people themselves?

As regards governance, one must also take into consideration the level of government involved. For example, at a federal level, were the Department of Indian Affairs and Northern Development to decide to decentralize its services or service management to its regional offices, which in turn decided to delegate to band councils, there should still be accountability to the department in terms of objectives, programs, program parameters and reports in order to determine whether the system is working well.

What should be done regarding health care? Would you support the provision of health care services being controlled by a body which includes Aboriginal representatives, or would you simply be in favour of decentralization at a local level, a regional level and so forth?

I would like to hear your thoughts on that matter. You also spoke of integration. Personally, when I speak of integration, I have a different idea in mind. Do you think that those services which are currently provided ought to be integrated with those available to non-Aboriginal persons, or should there be a specific tutelage system in place for the delivery of services to Aboriginal people?

Your comments would greatly assist us in drafting our report and our recommendations.

[English]

**The Chairman:** Senator Gill lives on a reserve in northeastern Quebec and is a former chief. I am interested in the B.C. experience. There are several reserves on Vancouver Island. Also, I know that the Centre for Addiction and Mental Health has had experience dealing with reserve First Nations people living in the Toronto area.

Nous aurons tantôt à écrire un rapport final et à faire des recommandations.

Nous avons écouté beaucoup de gens à travers le pays, des Autochtones et des non-Autochtones. Si je résume bien la situation, je pense avoir compris que bon nombre d'Autochtones et également de non-Autochtones, qui sont en contact avec des Autochtones, aimeraient voir les services gérés directement par les Autochtones et, évidemment, avoir aussi beaucoup plus d'experts ou de spécialistes autochtones pour prendre en charge les soins de santé.

Ma question est la suivante, nous allons avoir à y répondre sans doute car elle est posée. J'aimerais savoir, en fait, ce que vous pensez de la situation suivante : actuellement, on peut dire, d'une façon générale, que les soins de santé sont gérés directement par le gouvernement fédéral. On peut dire, d'une façon générale, que les soins de santé, en pratique, sont administrés par les provinces, à l'extérieur, dans les hôpitaux, dans les services existants actuellement partout au Canada. Les services sont donnés en général par les provinces et la gestion des services est faite directement par le système de la santé nationale.

Est-ce que vous soutenez le point de vue que l'on a entendu au cours des audiences, selon lequel les services devraient être gérés par les Autochtones eux-mêmes?

Cela dépend aussi du niveau. Lorsqu'on parle de gouvernance, si le fédéral décide, par exemple au ministère des Affaires indiennes, de décentraliser les services ou la gestion des services à ses bureaux régionaux, et si ceux-ci décentralisent aux conseils de bandes, les objectifs, les programmes, les limites de programme et les rapports doivent revenir au ministère des Affaires indiennes pour savoir si c'est bien géré ou non.

Dans le domaine de la santé, que faut-il faire? Suggèreriez-vous que les services soient chapeautés par une corporation comportant des représentants autochtones ou qu'ils soient tout simplement décentralisés au niveau local, régional et ainsi de suite?

J'aimerais vous entendre à ce sujet. Également, vous parliez d'intégration. Pour ma part, je parle d'une intégration différente. Pensez-vous que les services donnés actuellement doivent être intégrés à ceux qui sont fournis aux non-Autochtones ou bien doit-il y avoir une tutelle particulière pour les services aux Autochtones?

Cela nous aiderait beaucoup dans nos recommandations et dans notre rapport.

[Traduction]

**Le président :** Le sénateur Gill vit dans une réserve du nord-est du Québec, et il a déjà été chef. C'est l'expérience en Colombie-Britannique qui m'intéresse. Il y a quelques réserves sur l'île de Vancouver. Par ailleurs, je sais que le Centre de toxicomanie et de santé mentale est déjà intervenu auprès d'Autochtones vivant dans des réserves de la région de Toronto.



**Mr. Stockwell:** I really am not expert enough in the local situation in B.C. I am aware of some excellent programs run by indigenous people in B.C. and on Vancouver Island. I think that the corny adage of every door is the right door springs to mind. Incidentally, that is the name of the B.C. government's policy on addictions. One would have to talk closely with the communities themselves to see what fits best in terms of geographic access and cultural appropriateness. I think there is a level at which it would work well for some. There may be some benefits from having good access to other services where they are acceptable and mainstream as well.

**Mr. Skinner:** I do not have special expertise in this area, but the area interests me. Currently, I am involved with some native First Nation communities in Ontario, around the whole area of concurrent disorders, and their interests in having better responses to these complex problems in their communities.

Some principles that we talk about can be applied to what is a special set of circumstances when you look at First Nations; that is, the whole idea that the system should be centred on the client or the person receiving the service.

Your questions around how to organize them: I think there is complexity there. Principles of empowerment would suggest that communities should articulate what their needs are and how they are responded to. That is one issue.

There is an interesting dynamic here too that the local issues will vary and challenge it, but, somehow, there is a special need to mobilize a set of resources that you can only almost think of by going to a national or regional level. If people have special needs for diagnostic services or assessment resources, you cannot provide them locally. How can you create networks and connections where people can tap into the professional expertise that they will need to deal with complex substance use, gambling and mental health issues? There needs to be a mechanism for that to be available.

The other issue that we have been asked about at CAMH, with our Aboriginal services and our concurrent disorder resources, is the whole issue of professional skills of staff who are working. In some communities, you have just a nurse or a worker who is dealing with many different issues. We try to think of some ways that we can provide a mixture of online training and face-to-face training to help them build their skills so that they are better able to identify the addiction and mental health problems in their communities. Then we work with them around the kind of responses that they will need.

It is a situation where we are learners and we need to be led by what the needs are, as articulated by the First Nation communities themselves. The issue needs to be seen not as a brief journey but a kind of journey that we continue along together. We probably have to learn as we try things.

**M. Stockwell :** Je ne connais pas bien la situation en Colombie-Britannique. Il y a là-bas, notamment sur l'île de Vancouver, d'excellents programmes gérés par des Autochtones. Il semble que peu importe à quelle porte les gens frappent, c'est la bonne. C'est d'ailleurs ce thème que la Colombie-Britannique a donné à sa politique sur la toxicomanie. Il faudrait s'adresser aux collectivités pour déterminer ce qui leur convient le mieux sur les plans de la culture et de l'accès géographique. Je crois qu'il y a un niveau qui donnerait de bons résultats pour certains. Il serait peut-être avantageux d'offrir un bon accès à d'autres services qui sont acceptables et destinés à l'ensemble de la population.

**M. Skinner :** Je n'ai pas d'expertise précise en ce domaine, mais c'est un domaine qui m'intéresse. Actuellement, je travaille avec des collectivités des Premières nations de l'Ontario dans le domaine des troubles concomitants, car ces collectivités veulent avoir de meilleures réponses à ces problèmes complexes.

Certains des principes que nous avons évoqués peuvent s'appliquer aux circonstances particulières des Premières nations. Je parle de l'idée selon laquelle le système devrait être axé sur le client ou la personne qui reçoit les services.

Vous aviez des questions sur l'organisation de ce système. Je pense que c'est très complexe. Selon les principes d'autonomisation, les collectivités devraient pouvoir définir leurs besoins et la façon dont ils doivent être comblés. C'est le premier élément.

D'autre part, c'est une dynamique intéressante que les questions locales changent et remettent en question la stratégie. Cependant, il faut mobiliser un ensemble de ressources, ce qui n'est possible qu'au niveau national ou régional. Vous ne pouvez pas fournir des services diagnostics ou des évaluations des ressources à l'échelle locale. Comment créer des réseaux et des liens pour que les gens puissent avoir accès à l'expertise professionnelle dont ils ont besoin pour faire face aux questions complexes telles que la toxicomanie, le jeu et les problèmes de santé mentale? Il faut mettre en place les mécanismes qui permettront ces réseaux.

Au CTSM, où nous offrons des services pour les Autochtones et des ressources pour les personnes atteintes de troubles concomitants, on nous interroge souvent sur les compétences professionnelles du personnel. Dans certaines collectivités, il n'y a qu'une infirmière ou un professionnel de la santé, qui doit s'occuper de nombreux problèmes différents. Nous essayons d'imaginer comment nous pourrions fournir un mélange de formation en ligne et de formation traditionnelle pour aider ces collectivités à consolider leurs compétences pour mieux identifier les problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Ensuite, nous pouvons travailler avec elles sur le type de solutions dont elles ont besoin.

Dans une telle situation, ce sont nous les apprenants et notre travail doit être mené par les besoins des collectivités des Premières nations, tels qu'elles nous les décrivent. Il ne s'agit pas d'une méthode ponctuelle et brève, mais plutôt une méthode de coopération continue. Nous apprendrons sans doute au fur et à mesure.

For example, in northwestern Ontario right now we are working with the Newcomers and Natives community, NAN, and they have identified three of their own communities where they want training. We will evaluate that to see if what we have done is effective. If it is, then there will be an interest in extending it. As we go from community to community, we must be open to making adaptations in each community so that what we do fits with local needs. It needs to be that kind of process, where, again, I think our role is to act as resources to needs that are identified and guided by the communities themselves.

**Mr. Perron:** I can give you a sense of where we are with respect to the addiction side of the question you posed to us because we have discussed it a great deal — that is, Health Canada and I. When we did our national consultations — and I am sure you are all aware — the situation among First Nation communities across the country was identified as being deplorable and one that needs immediate attention and redress. The last thing we want to do is perpetuate what has been done in the past, namely, jump in and try to fix it, to be candid.

With our consultations, we quickly realized that we do not understand enough of the First Nations world. We asked: How best do we do this? We recently engaged, and I have had meetings this week with, the five national Aboriginal organizations, recognizing — from the Assembly of First Nations to ITK, and so on — that each of them is involved in mental health addiction issues as part of the blueprint issues. A huge amount of work is occurring with respect to the fundamental issues of self-governance and service at the local level. We are working with them to identify how best we can complement and leverage the work they are already doing vis-à-vis the initiative on the blueprint exercise. The First Nations and Inuit Health branch at Health Canada is doing an extensive strategy — and, I hope you have heard from them — on mental wellness. I sit on their committee. They bring together the five National Aboriginal Organizations, NAOs, to deal with the mental wellness of First Nations.

The issue of on-reserve or off-reserve is an artificial federal distinction. To the person who is in corridor, as we call it, or who is off-reserve falls out of the system and is very much short-changed. From my perspective — and I do not mean to speak for the government because I cannot do that — there is a growing understanding that the artificial nature of how the services are delivered does not necessarily work the best. There is a lot of rich experience that we can transfer that looks at how best to make use in the future of the experience of the National Association on Drug Abuse Problems, NADAP. The vision of how insured health benefits plays out is not necessarily benefiting everyone.

Without perpetuating what has been done in the past by trying to do what we think is right, we ask how best we can do this. It is not much of an answer to you other than to say that we need to

Par exemple, actuellement, dans le nord-ouest de l'Ontario, nous travaillons avec la collectivité des nouveaux arrivants et des Autochtones, NAN, et ils ont désigné trois de leurs collectivités qui ont besoin de formation. Nous allons examiner la situation pour voir si ce que nous avons fait jusque-là est efficace. Le cas échéant, nous penserons à élargir notre méthode. En étudiant les collectivités au cas par cas, nous devons accepter de modifier nos méthodes pour que notre travail corresponde aux besoins locaux. Ce qu'il nous faut, c'est ce genre de travail où, encore une fois, je pense que notre rôle est de fournir les ressources nécessaires à partir des besoins définis par les collectivités elles-mêmes.

**M. Perron :** Je peux vous donner une idée de là où nous en sommes, pour répondre à la question que vous nous avez posée sur la toxicomanie, car j'en ai beaucoup discuté avec Santé Canada. Lors de nos consultations nationales — et je suis sûr que vous êtes au courant, nous avons déterminé que la situation des collectivités des Premières nations du Canada était la plus déplorable et la plus urgente. La dernière chose que nous voulons faire, c'est de répéter ce qui a été fait dans le passé, c'est-à-dire d'intervenir pour essayer de réparer les choses à notre façon.

Au cours de nos consultations, nous nous sommes rapidement rendu compte que nous ne comprenons pas bien le monde des Premières nations. Nous nous sommes demandé : Quelle est la meilleure façon de procéder? Cette semaine, j'ai rencontré les cinq organismes autochtones nationaux — Assemblée des Premières nations, ITK, et cetera — et nous reconnaissons que chacun d'entre eux œuvre dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie en se fondant sur certains paramètres. Il y a beaucoup de travail qui est fait dans le domaine des questions fondamentales de l'autonomie gouvernementale et des services locaux. Nous travaillons en coopération avec ces organismes pour cerner les meilleures façons possibles de compléter leurs activités et de se servir du travail qu'ils font déjà pour l'exercice de planification. La Direction de la santé des Premières nations et des Inuits à Santé Canada mène une stratégie d'envergure — et j'espère que vous en avez entendu parler — sur le bien-être mental. Je siège à leur comité. Il rassemble les cinq organismes autochtones nationaux, les OAN, pour traiter du bien-être mental des Premières nations.

La question à savoir si une personne est dans une réserve ou à l'extérieur d'une réserve est une distinction fédérale qui est artificielle. La personne qui est dans le corridor, comme nous disons, ou qui est à l'extérieur de la réserve ne reçoit pas son dû. Je ne parle pas au nom du gouvernement, parce que je ne peux pas le faire, mais pour ma part j'estime que nous commençons à comprendre que les systèmes de prestation de services, qui sont très artificiels, ne sont pas les meilleurs. Nous avons beaucoup d'expérience que nous pouvons appliquer pour voir comment on pourrait mieux utiliser les connaissances de la NADAP, la National Association on Drug Abuse Problems. Le système de prestations d'assurance-santé ne bénéficie pas nécessairement à tout le monde.

Il faudrait voir comment on peut mieux faire les choses sans perpétuer ce que nous avons fait par le passé en essayant de faire ce qu'il nous semblait bon. Ce n'est pas une très bonne réponse.



find the solutions in the communities and we need to see and recognize it is not only on-reserve but also off-reserve; it is Aboriginal, Inuit, and Metis all across the country that see strict federal confines in certain geographic areas.

We were in Iqaluit this year with my board of directors when Premier Paul Okalik said, "If I want to send someone for treatment, they go to Ottawa. When I come back, there is no aftercare. What do I do?"

These matters are being taken up as part of the blueprint exercise. We are still working with them. It speaks also to the nature of the best practice and evidence that we cannot necessarily hold the bar only to scientific findings. We also have to look at qualitative experiences that we have seen in the North as to how best we can deal with the issues of addiction so that it transcends the strict laboratory type of evaluation to those experiential and culturally specific experiences.

**Senator Gill:** Something that will be difficult and we must face at the committee level is that Aboriginal people would like to control stuff. That is, they would like to manage, to establish the needs, and so on.

When you met with the provincial minister, I am sure those ministers would like to have the money and manage. I am not sure about that because I did not meet those people, but I think we will have to decide which one at the Ottawa level.

**Mr. Purvis:** I was briefly involved as a consultant with Health Canada on Davis Inlet. I think Davis Inlet is a wonderful example of what not to do, where we removed people from the community, held them for a while and then moved the community.

Having said that, I can only repeat the points I made. We need to be responsive, available and not prescriptive. There is a trust issue with our Aboriginal people, given our track record with them. That record needs to be acknowledged and worked through. There should be a trust issue. We have not done a great job.

**The Chairman:** We know that the Canada Pension Plan Disability Benefits, CPPD, is targeted at people that have a physical disability and not a mental disability. Indeed, it is virtually impossible to get CCPD if you have a mental disability. We are attempting to do something about that, but that is the current state of play.

If someone has an addiction problem sufficient to prevent them working, and if they applied for CCPD, does anyone know if they get it or not? You are nodding yes: they do get it?

Ce que j'essaie de dire c'est que nous devons trouver les solutions dans les collectivités, et nous devons voir et reconnaître que le problème ne s'applique pas seulement aux populations des réserves, mais aussi aux populations à l'extérieur de la réserve. Il concerne les Autochtones, les Inuits et les Métis dans toutes les parties du Canada qui contiennent des unités fédérales étanches dans certaines régions géographiques.

Cette année, j'étais à Iqaluit avec mon conseil d'administration. Le premier ministre Paul Okalik a dit : « Si quelqu'un a besoin de traitement, il va à Ottawa. Mais quand la personne revient, il n'y a pas de suivi. Que dois-je faire? »

Ces questions sont en train d'être analysées dans le contexte de cet exercice de planification. Nous travaillons encore avec ces gens-là. Nous ne pouvons pas seulement nous baser sur des données scientifiques, puisque nous devons aussi appliquer les meilleures pratiques et tenir compte des faits qui sont devant nous. Nous devons aussi analyser les expériences qualitatives que nous avons vues dans le Nord, qui nous montrent comment on peut composer avec le problème de la toxicomanie pour qu'on aille au-delà d'une évaluation strictement scientifique et pour qu'on passe à une approche expérientielle et culturelle.

**Le sénateur Gill :** Une question épineuse que nous au comité devons aborder est celle-ci : les peuples autochtones veulent avoir le contrôle; ils veulent gérer leurs services, établir leurs besoins, et cetera.

Vous avez rencontré le ministre provincial. Je suis convaincu que les ministres provinciaux veulent avoir le contrôle sur l'argent et sur la gestion. Moi, je ne les ai pas rencontrés, donc je ne peux pas être certain, mais je peux dire que ce sont des choses qui devront être décidées ici à Ottawa.

Pendant une courte période, j'ai travaillé avec Santé Canada en tant qu'expert-conseil dans le dossier de Davis Inlet. D'après moi, Davis Inlet est un parfait exemple de ce qu'on ne doit jamais faire. Nous avons sorti les gens de leur communauté, nous les avons gardés pendant un peu de temps, et puis nous avons déplacé la communauté entière.

Cela dit, je ne peux que répéter ce que j'ai déjà dit. Il va falloir que nous soyons réceptifs, disponibles, et non prescriptifs. Étant donné notre feuille de route avec les peuples autochtones, il y a une question de confiance. Cette feuille de route doit être reconnue et surmontée. Il faut que la confiance s'installe. Nous n'avons pas fait un très bon travail.

**Le président :** Nous savons que les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada visent les personnes qui ont une incapacité physique, et non une incapacité mentale. En fait, il est presque impossible de recevoir ces prestations si vous avez une incapacité mentale. Nous espérons de faire quelque chose à ce niveau-là, mais en ce moment, c'est comme ça.

Si quelqu'un a un problème de toxicomanie qui est assez sévère pour l'empêcher de travailler et s'il fait une demande pour recevoir des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, est-ce qu'il reçoit ces prestations? Est-ce que quelqu'un d'entre vous le sait? Vous hochez de la tête. Donc, ils les reçoivent?

**Mr. Purvis:** There have been cases in Nova Scotia where people have gotten a disability pension based on addiction.

**The Chairman:** Does anyone else have any experience on that? That is interesting. They recognize addiction as a disability, but not mental illness. I am not asking you to comment on the mental illness, I know that fact.

**Mr. Purvis:** This would have been a while ago. I have been out of the field for six years on the front lines.

**The Chairman:** There is some history.

**Ms. Bradley:** I have seen that with mental illness. I saw maybe one for addiction but, again, it was a long time ago.

**The Chairman:** I would also ask you to send me some data. Early on, one of you made a comment about knowing how much cheaper it was to provide at-home service than institutional service. You were specifically talking about detox services. Since everything in the government comes down to money, not outcomes, one thing would help us. If anyone has any hard data — I look at Mr. Perron and Mr. Jon Kelly — that would enable us to make the argument, which seems to me to be self-evident for all the reasons of moving care out of institutions and moving the community into the home, it ought to be more economically efficient, assuming that the quality of service is there. That is obviously a constraint. If anyone could document that, could they send it to us? I need the numbers.

**Mr. D. Kelly:** We have a document that relates to the benefits of funding addiction and health services, which has those statistics. We have another that speaks to outcomes and evaluation of mental health and addiction services, which shows the costs. I will forward that other one, but the first document is here now.

**Ms. Bradley:** There probably is some documentation on outreach and working in the home with seniors out of a program in Toronto called Community Outreach Programs in Addictions, COPA. We could probably get you some statistics there.

**The Chairman:** That would be great.

**Mr. Stockwell:** This morning I mentioned that you can get one much cheaper. I talked about the one nurse who did as many detoxes as the hospital did. There has been documentation of cost benefits in Australia and the U.K. I said I would forward that to you. Plus, they have better usage by older people and by women who tend not to use traditional services. It is a stigma thing.

**The Chairman:** They are willing to have someone come to their house because nobody knows about them.

**M. Purvis :** En Nouvelle-Écosse, dans certains cas, des toxicomanes ont reçu des prestations d'invalidité à cause de leur toxicomanie.

**Le président :** Est-ce que d'autres d'entre vous en savent quelque chose? C'est intéressant. Ils reconnaissent la toxicomanie comme étant une incapacité, mais pas une maladie mentale. Je ne vous demande pas de faire un commentaire sur l'aspect maladie mentale. Je connais cet aspect du système.

**M. Purvis :** Ce cas doit dater de quelques années. Il y a déjà six ans que je ne suis plus intervenant de première ligne dans ce domaine.

**Le président :** Il y a eu certains cas.

**Mme Bradley :** Oui, j'ai vu certains cas avec la maladie mentale. J'en ai vu un pour la toxicomanie, mais là aussi, il y a longtemps.

**Le président :** J'aimerais vous demander de m'envoyer quelques données. Un peu plus tôt, un d'entre vous a dit que ça coûtait beaucoup moins cher d'offrir des services à domicile que des services en institution. Vous parliez de services de traitement pour les toxicomanes. Étant donné qu'au sein du gouvernement, tout est axé sur l'argent et non sur les résultats, il y a une chose qui nous aiderait. Je regarde M. Perron et M. Jon Kelly — si quelqu'un ici a des données concrètes à l'appui de l'argument contre les soins en institution et pour les soins dans les communautés, à domicile — quelque chose qui me semble tout à fait évident — on devrait pouvoir utiliser les budgets de façon plus efficace, étant donné que la qualité du service est maintenue. Cela est une contrainte, évidemment. Moi, j'ai besoin de chiffres. Si vous en avez, ayez la gentillesse de nous les envoyer.

**M. D. Kelly :** Nous avons un document sur les avantages du financement des services de lutte contre la toxicomanie et des services de santé. Ce document contient les chiffres que vous voulez. Nous avons un autre document sur les résultats et l'évaluation des services de santé mentale et de toxicomanie, qui indique les coûts. Nous avons le premier document ici. Je vous enverrai le deuxième.

Nous avons probablement de la documentation sur l'extension et sur le travail à domicile avec les aînés, dans le cadre d'un programme à Toronto qui s'appelle Community Outreach Programs in Addictions, ou COPA. Ils pourront probablement nous donner des chiffres.

**Le président :** Ce serait parfait.

**M. Stockwell :** Ce matin, j'ai mentionné que certains services pouvaient être offerts à bien meilleur marché. J'ai parlé d'une infirmière qui a fait autant de traitements de désintoxication que l'hôpital. L'Australie et le Royaume-Uni ont fait une analyse coûts-avantages de cette approche. J'ai dit que je serais heureux de vous l'envoyer. De plus, les aînés et les femmes qui ont tendance à ne pas utiliser les services traditionnels se sentent plus à l'aise avec ces services-là. La crainte de l'ostracisme, encore une fois.

**Le président :** Ils acceptent que quelqu'un vienne chez eux parce que de cette façon-là, personne n'apprend leur état.



**Senator Keon:** I am wondering if I can exploit the panel for a minute. As you know, within the next month or so, I have to participate in a conference on crime and mental illness, which was delegated to me.

**The Chairman:** Now you know why they say politics is the art of shifting the blame.

**Senator Keon:** I was interested in the discussion on addiction and the young offender. What you did not cover was addiction and the young criminal, the 20-year-old who, under the influence of alcohol, crashes his car, kills some people, and is a convicted criminal from there on in. Could any of you enlighten me as to how these people are managed?

**Mr. Grant:** I am not certain what you mean by "managed."

**Senator Keon:** As far as I can see, they are written off.

**Mr. Grant:** That probably depends on the correctional system that they enter. At the federal level, they would be assessed and directed to treatment programs that were appropriate for their needs. Usually people who come into the correctional system have needs in a number of different areas, so they could go into substance abuse programming since it was a drunk-driving issue. They might also have issues with anger and those sorts of things. That kind of treatment would be available to them. They are then followed and supervised in the community when they are released and their behaviour is monitored. I would not say they are written off.

It is more difficult in the provincial correctional system where people are serving much shorter sentences. That would not be likely in the case of serious injury following a motor vehicle accident. It will usually be a first adult offence, if they are 19 or 20, and they are likely to go into the provincial correctional systems where sentences are short. It becomes difficult to provide effective treatment for those people.

In our experience, when we look at our data, what often happens to them is they will cycle through the provincial system a few times and then graduate into the federal correctional system where there are treatments available and where we hope that we can have some kind of impact.

Does that answer your question?

**Senator Keon:** That is helpful. One thing that troubles me is that it seems that a 20-year-old in this predicament faces absolutely nothing in life but brick walls. He cannot get into university, he cannot leave the country, he cannot work in the civil service and he cannot get into a police force.

**Le sénateur Keon :** J'aimerais profiter de nos experts pendant quelques moments. Comme vous savez, dans quelques semaines, je participerai à une conférence sur le crime et la maladie mentale; on m'y a délégué.

**Le président :** Maintenant, vous comprenez pourquoi on dit que la politique, c'est l'art de mettre la responsabilité sur le dos d'un autre.

**Le sénateur Keon :** La discussion sur la toxicomanie et les jeunes contrevenants m'intéresse beaucoup. Vous n'avez pas parlé de la toxicomanie et du jeune criminel, le jeune de 20 ans qui boit trop d'alcool, fait un accident de voiture, tue quelques personnes et se trouve désormais un criminel condamné. Pouvez-vous me dire comment vous gérez les cas de ces personnes?

**M. Grant :** Je ne suis pas sûr de ce que vous voulez dire par « gérer ».

**Le sénateur Keon :** D'après ce que je vois, ces gens-là sont oubliés.

**M. Grant :** Cela dépend probablement du système correctionnel qu'ils intègrent. Au niveau fédéral, ils sont évalués et dirigés vers des programmes de traitement appropriés. Normalement, ceux qui intègrent le système correctionnel ont des besoins dans des domaines différents. Comme le contrevenant conduisait en état d'ivresse, il pourrait passer dans un programme pour les toxicomanes. Il a peut-être des difficultés à contrôler sa colère et d'autres problèmes. Ils auraient accès au traitement pour ces problèmes-là. Une fois qu'ils sont mis en liberté, ils sont suivis et surveillés dans la communauté, et leur conduite est surveillée. Je ne dirais pas qu'on les oublie.

Dans le système correctionnel provincial, les choses sont plus difficiles. Les détenus ont des sentences beaucoup plus courtes. Cela ne serait probablement pas le cas si un accident de voiture a causé des blessures graves. Normalement, ce serait une première infraction adulte, et si le délinquant a 19 ou 20 ans, il passerait probablement dans le système correctionnel provincial, où les sentences sont courtes. Il est donc difficile d'offrir des programmes de traitement efficaces pour ces gens-là.

Ce qui se fait, d'après notre expérience et ce que nous constatons quand nous regardons nos chiffres, c'est que les délinquants passent par le système provincial à quelques reprises, puis passent au système correctionnel fédéral, où on peut leur offrir des programmes de traitement. Nous espérons que ces programmes peuvent les aider.

Est-ce que j'ai répondu à votre question?

**Le sénateur Keon :** Ce que vous dites est très utile. Une chose qui me préoccupe c'est qu'un jeune homme de 20 ans qui est dans cette situation n'a absolument rien devant lui sauf un mur. Il ne peut pas aller à l'université, il ne peut pas quitter le pays, il ne peut pas travailler comme employé de la fonction publique, et il ne peut pas devenir policier.



In some of the research material I am drawing up, I am alarmed at the numbers of these people. Society seems to accept this predicament. I do not know what they are supposed to do. I do not know if they can even pump gas.

**Mr. Weekes:** Having worked as a psychologist in Corrections Canada in the same prison where Greg Purvis worked as a psychologist, the reality is that a 19- or 20-year-old coming into Drumheller Institution for three years for aggravated assault or assault causing, has frequently been through juvenile homes, open custody, closed custody, suspended sentences, community service and provincial time. Then they come to the big house at Drumheller or whatever of the 50-odd institutions around the country. It is almost that they are damaged individuals. There is a fair amount of variability, but they are thoroughly institutionalized. For a 19- or 20-year-old, this is the unfortunate reality for many of them. It is the way they think of reality on a day-to-day life that involves incarceration.

The fact that Corrections Canada can get any change out of an individual like that, and to some extent they show that they can, is amazing. It is a big uphill battle. By the time they are 20 years old in the federal penitentiary they have a big history behind them.

**Ms. Bradley:** The example I was going to give is of a young man with a concurrent disorder. He had a schizophrenic episode and killed another young man while he was in university. He was at Penetanguishene for many, many years. When I first ran into him he was in a community mental health centre. He had been released to the community. He was heavily medicated, hugely overweight and scary. He had a big beard. We were afraid of him.

He stayed in the community mental health program for about five years. He found work. He has been employed for about 15 years. This young man had a fair bit of support. He still lives with his parents.

There are some successes. However, I think this was an unusual success. It was a result of the community having jumped in. They taught him how to cook and how to manage his money. They taught him the really practical living skills.

**Senator Keon:** I guess I come back to the fact that this is reality. However, it seems awful for a young person to have no future.

**The Chairman:** On that sobering note, may I say thank you to all of you who came from out of town. We appreciate you allowing us to pick your brains for six hours or so. It has been extremely helpful to us. We hope our report lives up to your expectations.

The committee adjourned.

Je suis effrayé par le nombre de personnes dans cette situation que je vois en faisant mes recherches. La société semble accepter cette situation difficile. Je ne sais pas ce que ces gens-là sont supposés faire, je ne sais même pas s'ils peuvent travailler dans une station de service.

**M. Weekes :** Moi, j'ai travaillé comme psychologue avec le Service correctionnel dans la même prison où Greg Purvis travaillait comme psychologue. La réalité est celle-ci : un jeune homme de 19 ou 20 ans qui entre à Drumheller pour trois ans, pour voies de fait grave ou voies de fait causant des lésions corporelles, a déjà, dans beaucoup de cas, passé par des établissements spécialisés pour les jeunes, par la garde en milieu ouvert, par la garde en milieu fermé, des condamnations avec sursis, des périodes de travail communautaire, et une ou des sentences provinciales. Après tout cela, il arrive au pénitencier — que ce soit Drumheller ou un autre parmi la cinquantaine d'établissements au Canada. Ce sont des personnes mal en point. Les cas sont tous différents, mais ces gens-là sont tout à fait institutionnalisés. C'est la malheureuse réalité pour beaucoup de ces jeunes de 19 ou 20 ans. C'est comme ça qu'ils voient la réalité étant donné que leur vie quotidienne comprend le fait d'être incarcéré.

Le fait que le Service correctionnel Canada peut faire quelque chose de bien avec quelqu'un comme ça — et dans certains cas ils réussissent — est déjà remarquable. On a bien du mal à accomplir quelque chose. Dans un pénitencier à 20 ans, il a déjà toute une feuille de route.

**Mme Bradley :** J'allais vous donner l'exemple d'un jeune homme ayant des troubles concomitants. Pendant qu'il était à l'université, il a eu un épisode schizophrénique et il a tué un autre jeune homme. Il a passé beaucoup, beaucoup d'années à Penetanguishene. Quand je l'ai vu pour la première fois, il était dans un centre communautaire de santé mentale. Il a été libéré dans la communauté. Il était bourré de médicaments, très obèse et très effrayant. Il avait une grosse barbe. Nous avions peur de lui.

Il est resté dans le programme communautaire de santé mentale pour à peu près cinq ans. Il s'est trouvé du travail. Il a un emploi depuis à peu près 15 ans. Ce jeune homme était assez bien entouré. Il habite encore chez ses parents.

Il y a certains succès, mais ce cas-ci était assez inhabituel. La communauté l'a aidé. On lui a appris à cuisiner et à gérer son argent. On lui a appris des choses concrètes, des connaissances pratiques, des aptitudes à la vie quotidienne.

**Le sénateur Keon :** Je dois revenir au fait que la réalité, c'est ça. Mais c'est affreux qu'un jeune homme ou une jeune femme n'ait aucun avenir.

**Le président :** J'aimerais remercier tous nos témoins, et tous ceux qui sont venus d'ailleurs. Merci d'avoir partagé vos connaissances et votre expertise avec nous pendant à peu près six heures. Vos témoignages nous ont été énormément utiles. Nous espérons que notre rapport répondra à vos attentes.

La séance est levée.





Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs:

David Kelly, Executive Director.

Atlantic Association of Addiction Executives:

Greg Purvis, Chair.

Royal Canadian Mounted Police:

Staff Sergeant Michel Pelletier, Director, Drug Awareness Services.

Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs :

David Kelly, directeur général.

Atlantic Association of Addiction Executives :

Greg Purvis, président.

Gendarmerie royale du Canada :

Sergent-chef Michel Pelletier, directeur, Service de la sensibilisation aux drogues.





*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

*Correctional Service Canada:*

Brian Grant, Director, Addictions Research Centre (PEI).

*Centre for Addictions Research of B.C., University of Victoria:*

Tim Stockwell, Director.

*Canadian Centre on Substance Abuse:*

Michel Perron, Chief Executive Officer;

Dr. John Weekes, Senior Research Analyst.

*Responsible Gambling Council, Toronto:*

Jon Kelly, Chief Executive Officer.

*Centre for Addiction and Mental Health:*

Wayne Skinner, Clinical Director, Concurrent Disorders Program.

*Addictions Ontario; Canadian Addiction Counsellors Certification Federation:*

Jeff Wilbee, Executive Director.

*Jean Tweed Centre:*

Nancy Bradley, Executive Director.

*(Continued on previous page)*

#### TÉMOINS

*Service correctionnel Canada :*

Brian Grant, directeur, Centre de recherche en toxicomanie (IPE)

*Centre for Addictions Research of B.C., Université de Victoria :*

Tim Stockwell, directeur.

*Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies :*

Michel Perron, directeur général;

Dr John Weekes, analyste principal de recherche.

*Responsible Gambling Council, Toronto :*

Jon Kelly, chef de la direction.

*Centre de toxicomanie et de santé mentale :*

Wayne Skinner, directeur de clinique, Programme des troubles concomitants.

*Addictions Ontario; Canadian Addiction Counsellors Certification Federation :*

Jeff Wilbee, directeur général.

*Centre Jean Tweed :*

Nancy Bradley, directrice générale.

*(Suite à la page précédente)*

